

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

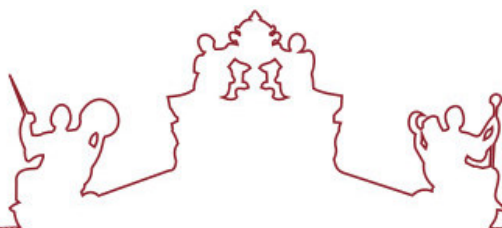
Trabalho de Projeto

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa Idosa com DPOC

Vanessa Rodrigues Benedito

Orientador(es) | Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

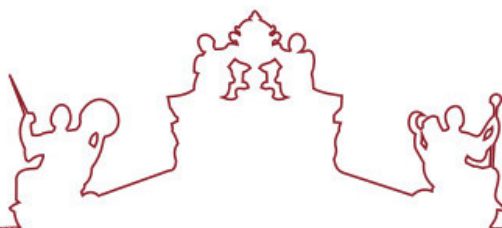
Trabalho de Projeto

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa Idosa com DPOC

Vanessa Rodrigues Benedito

Orientador(es) | Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Évora 2026



O trabalho de projeto foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Carlos Manuel Leitão Maia (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)
Vogais		César Fonseca (Universidade de Évora) (Arguente) José Manuel Afonso Moreira (Universidade de Évora) Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

Agradecimentos

A concretização deste trabalho representa não apenas o culminar de um percurso académico exigente, mas também o reflexo do apoio, incentivo e contributo de várias pessoas às quais não poderia deixar de expressar a minha profunda gratidão.

Ao Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira, pela orientação, pela disponibilidade, pelas palavras de motivação e pela dedicação e profissionalismo com que me orientou durante este percurso.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que se cruzaram no meu caminho e que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, Andreia Oliveira, Helena Ribeiro e Carmen Horta o meu obrigada pelo espaço que me concederam e que me permitiu crescer.

À Enfermeira gestora, Alexandra Batista pela compreensão e pela motivação na continuação do meu desenvolvimento académico e profissional.

Ao meu marido, Vitor Teixeira, por ser o meu pilar, apoio incondicional, compreensão e incentivo permanente especialmente nos momentos de maior exigência...reconhecer será sempre o mínimo perante tudo o que partilhamos, continuaremos a caminhar lado a lado.

Aos meus pais e a minha sogra por terem sido ao longo desta caminhada o meu suporte e o apoio incondicional, sem vocês o caminho seria bem mais difícil.

Aos meus filhos, Matilde, Gustavo, Beatriz e Mel, pela compreensão nos momentos de ausência, de pouco colo e pouca atenção e que com o melhor abraço do mundo e o sorriso mais sincero me envolvem todos os dias na magia que é partilhar a vida com vocês...continuaremos juntos sempre!!

A todos os meus colegas e professores do 9º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pelos bons momentos de aprendizagem conjunto.

A todos o meu mais sincero,
Obrigada!

Resumo

Enquadramento: O envelhecimento populacional tem contribuído para o aumento da prevalência de doenças crónicas, nomeadamente a DPOC, associada à perda de autonomia e ao impacto na qualidade de vida da pessoa idosa. **Objetivo:** Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, através da implementação de uma proposta de intervenção direccionada à capacitação da pessoa idosa com DPOC. **Metodologia:** O projeto segue uma metodologia de estudo de caso múltiplo, envolvendo cinco participantes, utilizando os instrumentos de avaliação: MMSE, mMRC, Índice de Barthel, Escala Numérica da Dor, Índice de Tinetti, CAT e CCQ. **Resultados:** A análise evidenciou que as intervenções do ER melhoram os scores nomeadamente ao nível da capacidade funcional, do equilíbrio e risco de queda, da perceção do impacto da DPOC e gestão da sintomatologia. **Conclusão:** As competências propostas foram adquiridas, promovendo a excelência da Enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem de Reabilitação; Capacitação; Pessoa Idosa; DPOC

“The Intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the Empowerment of Elderly Individuals with COPD.”

ABSTRACT

Background: Population aging has contributed to an increase in the prevalence of chronic diseases, particularly COPD, which is associated with a loss of independence and an impact on the quality of life of older adults. **Objective:** To develop the competencies of a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and a Master's degree holder through the implementation of an intervention proposal aimed at empowering older adults with COPD. **Methodology:** The project follows a multiple case study methodology, involving five participants, using the following assessment tools: MMSE, mMRC, Barthel Index, Numerical Pain Scale, Tinetti Index, CAT, and CCQ. **Results:** The analysis showed that ER interventions improve scores, particularly in terms of functional capacity, balance and risk of falling, perception of the impact of COPD, and symptom management. **Conclusion:** The proposed competencies were acquired, promoting excellence in nursing.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Training; Older Adults; COPD

Lista de siglas e abreviaturas

ACES – Agrupamento de centros de saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CAT – COPD Assessment Test
CCQ – Clinical COPD Questionnaire
DGS – Direção Geral de Saúde
DLP - Dislipidemia
DMTII – Diabetes Melitus tipo II
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EGA – Equipa de Gestão de Altas
ER- Enfermeiro de Reabilitação
FEV – Forced Expiratory Volume
HTA – Hipertensão arterial
INE – Instituto Nacional de Estatística
JBI – Joanna Briggs Institute
mMRC – Modified Medical Research Council
MMSE – Mini-Mental State Examination
OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OLD – Oxigênio de Longa duração
PNS – Plano Nacional de Saúde
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RFR – Reabilitação Funcional Respiratória
RIL – Revisão Integrativa da Literatura
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMI- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
UCC – Unidade de cuidados na comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSAC – Unidade Local Saúde do Alentejo Central

ULSBA – Unidade local de Saúde do Baixo Alentejo

ULSSM – Unidade local de Saúde de Santa Maria

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade saúde pública

VNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

Índice

1.	NOTA INTRODUTÓRIA	12
2.	APRECIAÇÃO DO CONTEXTO – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	15
2.1.	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA	15
2.1.1.	Serviço de Pneumologia	16
2.2.	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO	17
2.2.1.	Serviço de Ortopedia.....	18
2.3.	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL (ULSAC).....	20
2.3.1.	UCC de Portel.....	21
3.	ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	23
3.1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	23
3.1.1.	Envelhecimento populacional e a implicação nas doenças crónicas.....	23
3.1.2.	MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL	27
3.1.3.	As Alterações respiratórias na pessoa com DPOC	32
3.2.	A intervenção do EEER na capacitação da pessoa idosa com DPOC.....	35
4.	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	37
5.	O PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	61
5.1	METODOLOGIA.....	65
5.1.1.	A POPULAÇÃO ALVO.....	67
5.2.	INSTRUMENTOS DE APRECIAÇÃO DIAGNÓSTICA	70
5.3.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	74
5.4.	PLANO DE INTERVENÇÃO	77
	Reabilitação Funcional Respiratória	78
	Treino de exercício e condicionamento ao esforço	80
	Educação para a saúde e capacitação para a autogestão da doença	82
	Cessação tabágica.....	82
	Técnicas de conservação de energia	83
	Apoio psicossocial e emocional.....	84
	Envolvimento da família e/ou cuidador	85
6.	APRESENTAÇÃO DOS DADOS E APRECIAÇÃO DIAGNÓSTICA	85
6.1.	CARATERIZAÇÃO CLÍNICA DA POPULAÇÃO	85
6.2.	ESTUDOS DE CASO	87
7.	DISCUSSÃO	114
8.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	116

8.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	117
8.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	124
8.3.COMPETÊNCIAS DE MESTRE	127
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
11. ANEXOS	126
ANEXO 1 – MODIFIED MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNEA SCALE (mMRC).....	126
ANEXO 2 – COPD ASSESSMENT TEST	127
ANEXO 3 – ESCALA NUMÉRICA DA DOR	128
ANEXO 4 – ÍNDICE DE BARTHEL.....	129
ANEXO 5 – ÍNDICE DE TINETTI.....	130
ANEXO 6 – CLINICAL COPD QUESTIONNAIRE	131
ANEXO 7 – MINI-MENTAL STATE EXAMINATION	132
ANEXO 8– I JORNADAS DO NÚCLEO DE REABILITAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA	133
ANEXO 9– I JORNADAS DO NÚCLEO DE REABILITAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO.....	134
ANEXO 10 – I JORNADAS INTERDISCIPLINARES DA MEDICINA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO	135
ANEXO 11 – FORMAÇÃO CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE SOB VENTILAÇÃO MECANICA NÃO INVASIVA	136
ANEXO 12 – FORMAÇÃO FÁRMACOS, DISPOSITIVOS, EQUIPAMENTOS: O PUZZLE DA TERAPÊUTICA INALATÓRIA	137
ANEXO 13 – SESSÃO COMEMORATIVA DO DIA DO CUIDADOR INFORMAL.....	138
ANEXO 14 – O INDUFLADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	139
ANEXO 15 – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA DISFAGIA	140
ANEXO 16 – ARTIGO “INTERVENTIONS BY REHABILITATION NURSES SPECIALISTS IN THE TRAINING OF INFORMAL CARERS OF OLDER PEOPLE AT HOME WITH CHRONIC DISEASES: A SCOWPING REVIEW	141
12. APÊNDICES.....	142
Apêndice 1 – PANFLETO “ORIENTAÇÃO DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS PARA DOENTES COM DPOC”	143
Apêndice 2 –PANFLETO: “TÉCNICA INALATÓRIA COM CÂMARA EXPANSORA”	144
Apêndice 3 – PANFLETO: ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS NA PESSOA COM DPOC – TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA.....	136

Apêndice 4 – PANFLETO: “DIGA NÃO AS EXACERBAÇÕES: PREVINA COMPLICAÇÕES” . 137

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Níveis De Evidência Científica Dos Artigos Seleccionados	44
Tabela 2 - Artigo 1	45
Tabela 3 - Artigo 2	47
Tabela 4 - Artigo 3	49
Tabela 5 - Artigo 4	51
Tabela 6 - Artigo 5	53
Tabela 7 - Ganhos sensíveis em saúde á intervenção do ER na capacitação da pessoa idosa com DPOC	59
Tabela 8 - Caracterização da amostra quanto a capacidade cognitiva (MMSE)	85
Tabela 9 - Caracterização da amostra quanto aos conhecimentos dos participantes demonstrados	86
Tabela 10 - Avaliação dos sinais vitais do participante A antes e depois das intervenções do ER ..	88
Tabela 11 - Avaliação da dispneia (mMRC) sentida pela participante A	90
Tabela 12 - Avaliação da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico (Índice de Tinetti)	90
Tabela 13 - Avaliação da independência funcional em atividades básicas de vida diária (Índice de Barthel)	91
Tabela 14 - Avaliação do impacto da DPOC na qualidade de vida do participante A (CAT)	92
Tabela 15 - Avaliação das condições funcionais, sintomas e estado mental do participante A com DPOC (CCQ)	92
Tabela 16 - Avaliação dos sinais vitais antes e depois das intervenções do ER	94
Tabela 17 - Avaliação da dispneia (mMRC)	95
Tabela 18 - Avaliação da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico (Índice de Tinetti)	96
Tabela 19 - Avaliação da independência funcional em atividades básicas da vida diárias (Índice de Barthel)	97
Tabela 20 - Avaliação do impacto da DPOC na qualidade de vida do participante B (CAT)	97
Tabela 21 - Avaliação das condições funcionais, sintomas e estado mental do participante B com DPOC (CCQ)	98
Tabela 22 - Avaliação dos sinais vitais antes e depois das intervenções do ER	100
Tabela 23 - Avaliação da dispneia (mMRC)	101
Tabela 24 - Avaliação da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti)	101
Tabela 25 - Avaliação da independência funcional em atividades básicas da vida diárias (Índice de Barthel)	102
Tabela 26 -Avaliação do impacto da DPOC na qualidade de vida do participante C (CAT)	103

Tabela 27 - Avaliação das condições funcionais, sintomas e estado mental do participante com DPOC (CCQ)	104
Tabela 28 - Avaliação dos sinais vitais antes e depois das intervenções do ER	105
Tabela 29 - Avaliação da dispneia (mMRC)	106
Tabela 30 - Avaliação da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico (Índice Tinetti)	106
Tabela 31 - Avaliação da independência funcional em atividades básicas da vida diárias (Índice Barthel)	107
Tabela 32 - Avaliação do impacto da DPOC na qualidade de vida do participante (CAT)	107
Tabela 33 - Avaliação das condições funcionais, os sintomas e estado mental do participante com DPOC (CCQ)	108
Tabela 34 - Avaliação dos sinais vitais antes e depois das intervenções do ER	110
Tabela 35 - Avaliação da dispneia (mMRC)	110
Tabela 36 - Avaliação da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico (Índice de Tinetti)	111
Tabela 37 - Avaliação da independência funcional em atividades básicas da vida diárias (índice de Barthel)	112
Tabela 38 - Avaliação do impacto da DPOC na qualidade de vida do participante (CAT)	112
Tabela 39 - Avaliação das condições funcionais, os sintomas e estado mental do participante com DPOC (CCQ)	113

Índice de Figuras

Figura 1 - Estratificação da gravidade de obstrução ao fluxo aéreo de acordo com a classificação GOLD	33
Figura 2 - Comorbilidades da DPOC e respetiva prevalência.....	35
Figura 3 - Diagrama da RIL baseado no PRISMA 2020	42

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório de estágio insere-se no plano de estudos que integra o Mestrado de Enfermagem (em Associação), na área de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Évora.

Este congrega em si, o resultado do desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) durante o estágio clínico, subdividido em três áreas: Processo Cardiorrespiratório, Processo Ortotraumatológico e Processo Neurológico. A temática desenvolvida ao longo do relatório de estágio foi a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa idosa com DPOC”.

O envelhecimento populacional é uma tendência global, com a expectativa de que até 2030 cerca de 12% da população mundial seja formada por pessoas com 60 anos ou mais, o que representa aproximadamente 1,4 bilhões de indivíduos (World Health Organization, [WHO] 2023).

O Plano Nacional de Saúde (PNS), visa garantir que o envelhecimento seja acompanhado de saúde, dignidade e qualidade de vida. A sua ênfase está não só na intervenção precoce e nos hábitos de vida saudáveis, na gestão de doenças crónicas, mas também na criação de um sistema de cuidados que integre a saúde e o apoio social, de modo a garantir a autonomia e participação ativa dos idosos na sociedade (Direção Geral de Saúde [DGS], 2022).

Conforme o estudo de Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2019), Portugal ocupa a 4ª posição entre os países da União Europeia com maior população idosa e é o 5º país com o maior índice de envelhecimento. O estudo também destaca que a incidência de doenças crónicas, é significativamente maior entre indivíduos com 65 anos ou mais em comparação com outras faixas etárias. De maneira semelhante Fontinele & Duque (2021), destacam que as doenças crónicas constituem um grave problema de saúde pública. O envelhecimento populacional tem como principal consequência negativa o aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis, que são responsáveis por 68% das mortes no mundo. A par do aumento da esperança de vida e por sua vez um aumento da prevalência das doenças crónicas, é expectável um aumento acentuado na morbilidade e mortalidade das pessoas idosas com doenças respiratórias crónicas nos próximos anos, embora estas possam ser prevenidas e tratadas de forma acessível para os sistemas de saúde, implicam um desafio para os mesmos, juntamente com a definição de novas políticas nesta área do envelhecimento (DGS, 2017; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020; Lopes. M., Gomes, S., & Almada-Lobo.

B., 2018).

Podemos encontrar uma resposta a este desafio no avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde, assim como na especialização dos profissionais de saúde, nomeadamente os EEER, uma vez que o acréscimo de conhecimentos destes profissionais permite aumentar a qualidade dos cuidados e gerar indicadores de saúde, que se refletem em ganhos de eficiência e efetividade.

O aumento da necessidade de cuidados de reabilitação faz com que se constitua um desafio para os EEER, cujo alvo da sua intervenção é a pessoa com necessidades especiais no contexto em que se encontra, quer seja em unidades de internamento de agudos e reabilitação, em cuidados continuados, paliativos e na comunidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Assim, a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar *“compreende um corpo de conhecimentos e de procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas (...), com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”* (OE, 2019b).

Cabe assim, ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos de Enfermagem de reabilitação (ER), baseados em problemas reais e potenciais das pessoas, com o propósito de desenvolver capacidades que visem a promoção do autocontrolo e do autocuidado em processos de transição e ou incapacidade (OE, 2019b).

O presente relatório de estágio tem como finalidade descrever e analisar o conjunto de experiências e situações vivenciadas ao longo do estágio clínico. Nele são apresentados casos clínicos selecionados, garantindo-se, em todos os momentos, a salvaguarda da identidade, privacidade e confidencialidade das pessoas envolvidas.

O relatório contempla o planeamento, implementação e avaliação de intervenções do ER, orientadas para a individualidade da pessoa e da família, sustentadas teoricamente no modelo de projeto profissional desenvolvido. A avaliação dos resultados obtidos após a intervenção é realizada através da aplicação de instrumentos de avaliação apropriados, permitindo identificar e analisar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

Adicionalmente, o relatório estabelece a relação entre as intervenções desenvolvidas durante o estágio e o processo de aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do EEER, bem como das competências associadas ao grau de Mestre.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se regulamentadas

em regulamento próprio, Regulamento nº.140/2019, e assentam em 4 domínios de competências, nomeadamente o domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da Melhoria contínua da qualidade; o domínio da Gestão dos cuidados e o domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

As Competências Específicas do EEER encontram-se definidas através do Regulamento nº392/2019, sendo competência do EEER avaliar a funcionalidade, diagnosticar alterações que determinam limitações, conceber planos de intervenção, com o objetivo de promover capacidades adaptativas, otimizar e/ou reeducar as funções a diversos níveis, como por exemplo motor, sensorial e cognitivo, garantir a maximização e capacitação funcional, implementando programas de treino de Atividades de vida diárias, com estratégias adaptativas inerentes as limitações de mobilidade ou incapacidade, promovendo a autonomia e a qualidade de vida (OE, 2019b).

Quanto as competências de Mestre, descritas no Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto, estas devem assentar na posse de conhecimentos e capacidade de compressão elevados, a um nível que permita a base de desenvolvimento, em muitos casos em contexto de investigação, assim como aplicar os conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações complexas e em contextos multidisciplinares na área de estudos, cuja emissão de juízos seja refletida nas responsabilidades éticas e sociais e comunicando as suas soluções de forma clara e sem ambiguidades, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, autorientando o desenvolvimento do seu conhecimento e competências.

Como tal, o objetivo geral deste relatório visa desenvolver competências de EEER e de mestre.

E como objetivo específico:

- Identificar as necessidades de intervenção especializada à pessoa idosa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- Planear e Implementar um plano de Reeducação funcional respiratória e plano de Reabilitação motora;
- Monitorizar os ganhos dessas intervenções na capacitação da pessoa/cuidador/família após implementação do programa de reabilitação;
- Capacitar a pessoa idosa com DPOC na gestão da sua doença.

O relatório inicia-se com uma análise sociodemográfica dos centros hospitalares e dos

contextos clínicos onde se realizaram os estágios, seguindo-se um enquadramento teórico-conceitual da problemática em estudo e a fundamentação da intervenção do EEER, através de uma revisão integrativa da literatura. Segue-se a metodologia e o modelo de prática profissional, com estudos de caso múltiplos. De seguida apresentam-se os resultados e a discussão dos mesmos, com uma reflexão sobre as competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER. Por último as considerações finais. O relatório encontra-se redigido segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Setúbal e a 7a Edição das Normas da *American Psychological Association* (APA).

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Neste ponto será realizada uma breve contextualização e caracterização dos locais de estágio realizados ao longo deste percurso, tendo em conta o ponto de vista do enfermeiro especialista em reabilitação, recursos humanos e estruturais existentes nos serviços, assim como, a caracterização das Unidades Locais de Saúde (ULS) nos quais se integram e a caracterização da população abrangida.

O estágio subdividido em três áreas: Processo Cardiorrespiratório que decorreu em contexto hospitalar, no serviço de internamento de Pneumologia (9 semanas) do hospital de Santa Maria na Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM), na área de intervenção Ortotraumatológico e Reumatológico (7 semanas), no serviço de internamento de Ortopedia do Hospital de Beja, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) e na área de intervenção Neurológico (10semanas), em contexto comunitário, na equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) da Unidade de cuidados continuados de Portel (UCC), da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC).

2.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM), E.P.E., integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e foi formalmente constituída a 1 de janeiro de 2024, no âmbito da reforma organizacional que instituiu o modelo de Unidades Locais de Saúde em Portugal. Esta reestruturação teve como objetivo promover a integração vertical dos cuidados de saúde, reunindo sob uma gestão única os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados favorecendo a articulação assistencial e a continuidade de cuidados (ULSSM, 2024a).

A ULSSM resultou da integração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte com os Agrupamentos de Centros de Saúde da sua área de influência, passando a abranger uma população estimada em cerca de 345 000 utentes. A sua área geográfica inclui várias freguesias da cidade de Lisboa e o concelho de Mafra, assegurando resposta assistencial diversificada e de proximidade (ULSSM, 2024a).

Ao nível hospitalar, a ULSSM integra o Hospital de Santa Maria, considerado o maior hospital universitário do país, e o Hospital Pulido Valente, com tradição nas áreas da medicina interna, pneumologia, infecciologia e reabilitação. O Hospital de Santa Maria constitui uma unidade de elevada diferenciação técnica e científica, sendo centro de referência nacional em múltiplas especialidades médico-cirúrgicas e assegurando atendimento de urgência polivalente com elevada afluência diária (ULSSM, 2024b).

A instituição dispõe de mais de 7 000 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e operacionais, o que reflete a sua dimensão estrutural e complexidade organizacional. Para além da vertente assistencial, a ULSSM assume um papel relevante na formação pré-graduada e pós-graduada de profissionais de saúde, mantendo estreita articulação com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e com o Centro Académico de Medicina de Lisboa, consolidando a sua identidade enquanto hospital universitário (ULSSM, 2024b).

A missão da ULSSM centra-se na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, humanizados e baseados na melhor evidência científica disponível, promovendo simultaneamente a prevenção da doença, a promoção da saúde, o tratamento, a reabilitação e a investigação clínica. O modelo organizacional adotado procura reforçar a eficiência na gestão de recursos, melhorar os resultados em saúde e assegurar maior equidade no acesso aos cuidados (ULSSM, 2024a).

Enquanto Unidade Local de Saúde, a ULSSM representa uma evolução do modelo tradicional de prestação fragmentada de cuidados, promovendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa. Este modelo organizacional visa potenciar a continuidade assistencial, reduzir redundâncias e melhorar a articulação entre níveis de cuidados, contribuindo para a sustentabilidade e modernização do SNS (ULSSM, 2024a).

2.1.1. Serviço de Pneumologia

Serviço de Pneumologia no piso 8 integra a área de internamento do Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM), constituindo uma unidade

diferenciada na prestação de cuidados a doentes com patologia respiratória aguda e crónica. Inserido numa instituição hospitalar universitária de referência nacional, este serviço assume um papel relevante no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças respiratórias de elevada complexidade, articulando-se com as restantes valências da pneumologia, nomeadamente consulta externa, hospital de dia, unidades de ventilação e reabilitação respiratória.

O internamento de Pneumologia no piso 8, destina-se essencialmente a doentes adultos com patologias como DPOC em fase de exacerbação, pneumonia, insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, asma grave, doença intersticial pulmonar, neoplasias do pulmão, infeções respiratórias e outras patologias do foro respiratório que exijam vigilância clínica diferenciada. Muitos dos doentes internados apresentam multimorbilidades e dependência funcional associada, exigindo cuidados especializados e uma abordagem multidisciplinar.

A equipa é constituída por médicos pneumologistas, internos da especialidade, enfermeiros generalistas e especialistas em Reabilitação, Técnicos Auxiliares de Saúde, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas e outros profissionais de saúde, promovendo uma intervenção integrada centrada na pessoa. No contexto de enfermagem, assume particular relevância a monitorização da função respiratória, a gestão da oxigenoterapia, a ventilação não invasiva, a prevenção de complicações associadas ao internamento e a promoção da autonomia funcional do doente.

O Serviço de Pneumologia 8 articula-se ainda com outras especialidades médicas e cirúrgicas, bem como com unidades de cuidados intermédios e intensivos, garantindo continuidade assistencial em situações de agravamento clínico. Paralelamente, enquanto integrado numa unidade hospitalar universitária, contribui para a formação de estudantes e profissionais de saúde, bem como para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência científica.

Desta forma, o Serviço de Pneumologia 8 assume-se como uma unidade essencial na resposta hospitalar às patologias respiratórias, assegurando cuidados diferenciados, humanizados e tecnicamente especializados, em consonância com a missão da ULSSM.

2.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

O estágio na vertente Ortotraumatológica foi realizado numa instituição de saúde a sul do país, integrada numa ULS pertencente ao SNS, onde são prestados cuidados de saúde

diferenciados aos residentes da sua área de abrangência, ou seja, aproximadamente cerca de 115 mil habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2025) distribuídos por 13 concelhos, dando ainda resposta sazonal de acordo com as necessidades.

A ULS em questão foi criada por Decreto-Lei nº 183/2008 (2008), tem como missão a prestação de cuidados integrados, com qualidade e em tempo útil, de forma eficiente e eficaz, articulando-se com as instituições sociais da comunidade (SNS, 2023.) Concomitantemente, para além da prestação de cuidados de saúde à população, tem como função a formação e treino necessários aos seus trabalhadores e colaboradores (SNS, 2023). A população da sua área de influência apresenta uma grande dispersão geográfica, dificultando muitas vezes o acesso aos cuidados de saúde, especialmente a população mais envelhecida e a que reside mais isolada. Uma população especialmente envelhecida tem implícita um aumento da incidência de doenças crónicas, que acabam por se tornar incapacitantes e que consequentemente requer uma adaptação dos cuidados de saúde, de forma a promover a manutenção da qualidade de vida (Sequeira, 2018). As doenças cardiovasculares surgem como a primeira causa de morte na área de abrangência desta instituição, seguida da doença oncológica e logo a seguir a respiratória, como uma das doenças com maior aumento na sua incidência.

A instituição de saúde dispõe de um total de 215 camas, divididas pelas diferentes especialidades, das quais 13 camas de Cuidados Intensivos e intermédios, 106 camas de internamento em Especialidades Médicas e 96 camas de internamento em Especialidades Cirúrgicas. Os cuidados agudos de curta duração são a sua principal resposta, admitindo apenas doentes com necessidades de cuidados médicos e de enfermagem intensivos ou diferenciados (SNS, s.d.).

2.2.1. Serviço de Ortopedia

O estágio de intervenção Ortotraumatológica decorreu no serviço de Ortopedia de uma ULS do sul do país durante o período de sete semanas cujo objetivo foi a prestação de cuidados ao doente de foro orto traumatológico, mas tendo sempre em conta uma perspetiva holística da pessoa e visando a promoção da sua independência e qualidade de vida.

O Serviço de Ortopedia integra o Departamento de Especialidades Cirúrgicas e localiza-se no primeiro piso da instituição. Os edifícios dispõem de três elevadores de acesso aos pisos, um central que permite o transporte de pessoas hospitalizadas, a circulação de profissionais, e neste caso em particular, também é neste elevador que circulam as visitas,

dispondo assim de condições de acesso a pessoas com mobilidade limitada. O acesso ao elevador das visitas (segundo elevador) encontra-se neste piso condicionado pela existência de uma unidade de medicina intensiva, sendo a circulação das visitas efetuada pelo elevador central ou pelas escadas. O terceiro elevador encontra-se restrito, para a circulação de serviços de apoio à manutenção das instalações e dos equipamentos (remoção de resíduos, material sujo para o Serviço de Esterilização entre outros).

O serviço de Ortopedia tem uma lotação de 24 camas, dispostas em enfermarias de 3 ou 6 camas. A admissão dos doentes no serviço é realizada pelo internamento programado no caso das cirurgias eletivas ou através do serviço de urgência, em caso de doenças agudas com necessidade de cirurgia urgente ou necessidade de tratamentos conservador prolongado.

Este serviço centra-se no diagnóstico e tratamento de doenças do foro orto traumatológico, nomeadamente patologias do sistema musculoesquelético (trauma, doenças osteoarticulares entre outras). Tem como missão dar resposta às necessidades da população da sua área de abrangência (no diagnóstico e tratamento das patologias do foro orto traumatológico), de forma eficiente e em tempo adequado ao nível de prioridade.

Relativamente à equipa de saúde multidisciplinar que exercem funções neste Serviço, a equipa é composta por 21 enfermeiros, 6 médicos ortopedistas, 4 médicos internos, 11 técnicas auxiliares de saúde e 1 assistente técnica. Para além destes profissionais, o serviço articula-se ainda com outros profissionais de saúde de outras áreas, como fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de outras especialidades médicas e cirúrgicas, objetivando a resolução da situação clínica do doente e otimizando a sua assistência no período de hospitalização e capacitando-o para a alta, quer para a sua independência, quer para a continuação de cuidados integrados na comunidade ou em instituições sociais.

Dos elementos da equipa de enfermagem quatro são enfermeiros especialistas, dos quais dois especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária e ainda o enfermeiro gestor, especialista na área médico-cirúrgica. A equipa de enfermagem é fixa no serviço e cumpre o regime de turnos por *roulement*, sendo o método individual de trabalho a forma como tem organizada a sua prestação de cuidados de enfermagem e nos quais cada enfermeiro tem atribuídos doentes dos quais é responsável pelos seus cuidados durante o turno. Na gestão dos cuidados de enfermagem o número de enfermeiros difere consoante os turnos da Noite/Manhã/Tarde, sendo que no turno da noite se encontra distribuídos 2 enfermeiros, no turno da manhã 5 enfermeiros e no turno da tarde

3 enfermeiros. Neste serviço não existem EEER dedicados exclusivamente à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Envelhecer com qualidade de vida, saúde e bem-estar representa atualmente um dos principais desafios da sociedade. Embora a esperança média de vida seja reconhecida como uma grande conquista, possibilitada pelo avanço tecnológico, é inegável que à medida que se atingem idades mais avançadas, existe um aumento do número de morbilidade e incapacidade, atribuída a doenças e lesões maioritariamente do foro crónico, o que se traduz numa maior necessidade em recorrer a cuidados e serviços de saúde especializados, de forma a minimizar os défices funcionais decorrentes das mesmas (Santos, P., Pestana, S., Santana, M. R., & Ferreira, A. I., 2020).

As doenças osteoarticulares, de natureza degenerativa ou inflamatórias, causam incapacidades exigindo a intervenção do EEER não só na fase do pós-operatório, mas também no pré-operatório, diminuindo incapacidades físicas que limitem a realização das atividades de vida diárias ou instrumentais e que promovam a independência (Sousa & Carvalho, 2016). Por sua vez, a perda funcional característica do próprio processo de envelhecimento, diminui a capacidade de realizar as atividades de vida diária e instrumentais assim como aumenta o risco de quedas e o número de traumatismos com fraturas entre a população mais idosa e consequentemente aumento da morbilidade e mortalidade (Sousa & Carvalho, 2016). Perante o doente do foro ortopédico, cabe então ao EEER, avaliar, conceber e implementar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenindo complicações e incapacidades de modo a minimizar o impacto destas situações na vida da pessoa (OE, 2019).

2.3. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL (ULSAC)

O estágio na vertente da neurologia foi realizado numa instituição de saúde a sul do país, integrada numa ULS pertencente ao Sistema Nacional de Saúde, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados aos residentes da sua área de abrangência, ou seja, aproximadamente cerca de 165 mil habitantes, distribuídos por 14 concelhos (Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, 2025). A ULS tem como missão a prestação de cuidados integrados, com qualidade e em tempo útil, de forma eficiente e eficaz, articulando-se com as instituições sociais da comunidade. (Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, s.d). Esta ULS surgiu em 2023, através do Decreto-Lei nº102/2023 e é constituída por um hospital e 13 centros de saúde, distribuídos pelos vários concelhos do distrito e prestam

cuidados de proximidade à população. Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde (Decreto-Lei nº102/2023).

Um hospital e 13 centros de saúde, distribuídos pelos vários concelhos do distrito e prestam cuidados de proximidade à população. Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde (Decreto-Lei nº102/2023).

2.3.1. UCC de Portel

O envelhecimento marcado da população e o aumento do grau de dependência e fragilidade da mesma, criou a necessidade de adequar as políticas sociais e de saúde, e assim surge a necessidade de reorganizar os Cuidados de Saúde Primários (USP) do SNS. É neste contexto que surge a integração dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos Cuidados Saúde Primários (Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. P., 2021).

As UCC foram criadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, no âmbito da nova estruturação dos Centros de Saúde, dando origem a novas unidades funcionais que englobam as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Unidade de Saúde Pública. Cada uma destas unidades funcionais apresenta uma equipa multidisciplinar própria, com autonomia organizativa e técnica, atuando em cooperação com as restantes unidades funcionais.

De acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008 (2008), a UCC é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, direcionando a sua ação para pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou de doença, que requeiram acompanhamento próximo.

A Unidade de Cuidados na Comunidade em questão foi oficialmente inaugurada em maio de 2011, no entanto, por falta de recursos humanos necessários ao seu funcionamento esteve desativada durante um período de tempo, reabrindo em junho de 2017, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), na época dependente da Administração Regional de Saúde (ARS). Esta unidade pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da

população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. A área geográfica de abrangência da UCC é de 600,2 Km², dando resposta a 5747 habitantes, sendo o envelhecimento populacional uma das principais características.

A UCC tem por missão prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de proximidade, proporcionando acompanhamento individualizado ao utente, famílias e grupos populacionais e garantindo elevados níveis de qualidade técnico-científica e organizacional, promovendo a acessibilidade, a equidade de acesso e de utilização, numa lógica de melhoria contínua e de obtenção de ganhos em saúde (Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2023).

Relativamente à equipa de saúde multidisciplinar que exercem funções neste serviço, a equipa é composta por 4 enfermeiros, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta, 2 técnicas auxiliares de saúde (funcionárias da Câmara Municipal, mas integradas na equipa de saúde) e 1 assistente técnica. A equipa de enfermagem é composta por 4 elementos, sendo uma enfermeira especialista em enfermagem em saúde comunitária e uma enfermeira especialista em reabilitação, atualmente coordenadora da UCC e como tal não se encontra afeta unicamente à enfermagem de reabilitação, mas também à gestão dos recursos da unidade e de todos os programas que fazem parte da carteira de serviços da mesma, garantindo a qualidade dos cuidados prestados e a sua melhoria contínua.

A UCC é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população, privilegiando intervenções em programas de âmbito da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, assim como, projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade. O seu funcionamento tem por base um plano de ação anual que pretende agilizar, facilitar e racionalizar a implementação e desenvolvimento da prestação de cuidados por parte da equipa multidisciplinar e indo de encontro ao Plano Nacional de Saúde. A UCC encontra-se dividida essencialmente por dois tipos de prestação de serviços, a da intervenção comunitária que dá resposta aos programas de ação comunitários estabelecidos pela UCC e ECCI, num total de 8 vagas, que embora inserida na UCC, desempenha as suas funções no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), prestando cuidados a nível domiciliário às pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença. Assim, à equipa da UCC compete a prestação de cuidados de caráter preventivo, curativo e de reabilitação ou paliativo, procurando promover a autonomia e bem-estar dos utentes em situação de dependência, educar para a saúde os utentes, familiares e cuidadores, apoiar na satisfação

das necessidades básicas, assim como, promover o desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária em cooperação a pessoa/cuidador/família e facilitação da aquisição de competências e capacitação da pessoa e seus cuidadores, promovendo a máxima autonomia e o autocuidado.

Na UCC o papel do EEER consiste essencialmente na visita domiciliária de utentes nos quais são identificadas alterações do seu estado de saúde e que necessitam de cuidados especializados bem como na prevenção de complicações ou capacitação do utente e do cuidador na gestão da sintomatologia ou terapêutica. A priorização de políticas de promoção da saúde e a prevenção da doença assim como a capacitação da pessoa/família/comunidade são fulcrais, sendo ainda valorizada a resposta de proximidade à comunidade nos vários contextos da comunidade (Oliveira et al., 2021).

Faz ainda parte da carteira de serviços da UCC um conjunto de programas e projetos que vão de encontro aos objetivos do ACES do Alentejo Central, na qual se inclui o Programa de Saúde Escolar, com o objetivo de promover a saúde na escola e melhorar o bem-estar físico, mental e social da comunidade escolar, o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, com o objetivo de reduzir a obesidade e prevenção do risco de obesidade prevenindo doenças crónicas como a diabetes tipo II e doenças cardiovasculares e o projeto de Intervenção Precoce no sentido de proporcionar um melhor acompanhamento quer às crianças, quer às suas famílias, em risco biológico ou social, entre outros (Unidade de Cuidados na Comunidade de Portel, 2023).

3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

3.1.1. Envelhecimento populacional e a implicação nas doenças crónicas

O envelhecimento constitui um processo natural, progressivo e multifatorial que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, envolvendo alterações biológicas, psicológicas e sociais que influenciam a funcionalidade e a capacidade adaptativa do indivíduo. Do ponto de vista biológico, caracteriza-se pela acumulação gradual de alterações celulares e fisiológicas que conduzem à diminuição da reserva funcional dos órgãos e sistemas, aumentando a vulnerabilidade a doenças e a eventos adversos de saúde (WHO, 2022).

A literatura científica recente tem enfatizado que o envelhecimento deve ser compreendido

como um fenómeno multidimensional, integrando dimensões biológicas, sociais e funcionais. Paoli, A., Iaccarino, G., Lucidi, F., Pagnini, F., Boccuzzo, G., & Illario, M. (2025), destacam que o envelhecimento demográfico resulta de profundas transformações estruturais nas dinâmicas populacionais, associadas aos avanços nos cuidados de saúde, melhoria das condições socioeconómicas e aumento da esperança média de vida.

Do ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional refere-se ao aumento da proporção de pessoas idosas numa população, resultante da conjugação entre a diminuição das taxas de fecundidade e o aumento da longevidade. Este fenómeno constitui uma das transformações demográficas mais marcantes do século XXI, refletindo melhorias significativas na saúde pública e nas condições de vida (United Nations, 2020).

O envelhecimento populacional assume atualmente uma dimensão global sem precedentes. Segundo as Nações Unidas, o número de pessoas com 65 ou mais anos deverá duplicar até 2050, ultrapassando os 1,5 mil milhões de indivíduos (United Nations, 2020).

Relatórios recentes indicam que, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a proporção de idosos poderá atingir cerca de 26,7% da população até 2050, evidenciando a magnitude da transição demográfica global (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, [OCDE] 2021). Este crescimento resulta essencialmente dos avanços médicos, melhoria das condições sanitárias e redução das taxas de natalidade.

Contudo, a literatura científica atual evidencia que o aumento da longevidade não é necessariamente acompanhado por anos de vida saudáveis. Estudos recentes demonstram que as gerações mais recentes apresentam maior prevalência de doenças crónicas e limitações funcionais comparativamente a gerações anteriores na mesma idade, fenómeno descrito como “deriva geracional da saúde” (OCDE, 2021).

Neste contexto, o envelhecimento global associa-se ao aumento da multimorbilidade, da dependência funcional e da necessidade de reorganização dos sistemas de saúde

A Europa é atualmente a região mais envelhecida do mundo, apresentando uma estrutura demográfica caracterizada por uma elevada proporção de pessoas idosas e baixas taxas de natalidade. Dados recentes indicam que cerca de 21% da população europeia tem 65 ou mais anos, prevendo-se que esta proporção possa atingir aproximadamente 30% até 2050 (OECD & European Commission, 2024).

Estudos baseados no inquérito SHARE demonstram que o envelhecimento europeu está fortemente associado ao aumento da morbilidade crónica e não apenas à idade cronológica, sendo a presença de doenças e limitações funcionais o principal determinante

da utilização de cuidados de saúde (Prazeres, F., Santiago, L. M., & Simões, J. A., 2025).

Além disso, a literatura atual destaca que mais de metade dos anos vividos após os 65 anos são frequentemente acompanhados por doenças crónicas ou limitações funcionais, evidenciando a discrepância entre esperança de vida e esperança de vida saudável (OECD & European Commission, 2024).

Neste contexto, as políticas europeias têm enfatizado a promoção do envelhecimento ativo e saudável, com foco na manutenção da autonomia, funcionalidade e participação social.

Portugal apresenta um dos perfis demográficos mais envelhecidos da Europa, refletindo profundas transformações na estrutura etária da população nas últimas décadas. Estudos recentes indicam que a população idosa portuguesa tem aumentado significativamente, tendo ultrapassado os 2,4 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, com projeções que apontam para uma duplicação do índice de envelhecimento até 2080 (OCDE, 2021).

Dados nacionais demonstram ainda que a população idosa poderá atingir cerca de 33,6% do total até 2070, evidenciando a rapidez da transição demográfica portuguesa (PLANAPP, 2024).

Este cenário associa-se a importantes implicações para o sistema de saúde, nomeadamente o aumento da prevalência de doenças crónicas, da multimorbilidade e da dependência funcional. Estudos nacionais indicam que a maioria das pessoas idosas apresenta pelo menos uma condição crónica, sendo frequente a coexistência de múltiplas patologias (Prazeres et al., 2025).

Neste contexto, o envelhecimento populacional constitui um dos principais desafios para os sistemas de saúde e de proteção social, exigindo estratégias integradas de promoção da funcionalidade e prevenção da dependência.

A Organização Mundial da Saúde define as doenças crónicas não transmissíveis como patologias de etiologia multifatorial, resultantes da interação entre fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2022).

Estas doenças caracterizam-se pela sua duração prolongada, necessidade de monitorização contínua e impacto significativo na qualidade de vida e na autonomia dos indivíduos. A sua prevalência aumenta de forma marcada com a idade, estando fortemente associada ao envelhecimento populacional.

Um conceito central associado às doenças crónicas é o de multimorbilidade, definida como a coexistência de duas ou mais doenças crónicas no mesmo indivíduo. Estudos recentes indicam que a multimorbilidade constitui um dos principais desafios na gestão clínica

contemporânea, devido à complexidade terapêutica, aumento do risco de hospitalizações e maior impacto funcional (Prazeres et al., 2025).

As doenças crónicas não transmissíveis representam atualmente a principal causa de mortalidade a nível global. Segundo a Organização Mundial da Saúde, estas patologias são responsáveis por cerca de 74% das mortes em todo o mundo, destacando-se as doenças cardiovasculares, o cancro, a diabetes e as doenças respiratórias crónicas como as principais causas (WHO, 2022).

A literatura científica recente demonstra que a prevalência destas doenças tem aumentado significativamente nas últimas décadas, em grande parte devido ao envelhecimento populacional e à adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, alimentação inadequada e tabagismo.

Estudos internacionais indicam que cerca de 80% das pessoas com mais de 65 anos apresentam pelo menos uma doença crónica, sendo frequente a coexistência de múltiplas patologias, o que aumenta o risco de incapacidade funcional e dependência (Barbosa et al., 2025).

Além disso, investigações recentes evidenciam que o impacto das doenças crónicas ultrapassa o domínio clínico, representando um dos principais determinantes dos custos em saúde e da utilização de serviços hospitalares a nível global.

Na Europa, as doenças crónicas constituem igualmente a principal causa de morbilidade e mortalidade, sendo responsáveis por cerca de 85% das mortes na União Europeia (OECD & European Commission, 2024).

Estudos baseados em dados europeus indicam que a multimorbilidade afeta mais de um terço da população idosa, sendo um fator determinante do aumento da dependência funcional e da necessidade de cuidados de saúde prolongados.

A literatura recente destaca que a presença de múltiplas doenças crónicas está mais associada ao declínio funcional e à qualidade de vida do que a idade cronológica isoladamente, reforçando a necessidade de abordagens centradas na funcionalidade e na pessoa (Paoli, 2025).

Adicionalmente, investigações europeias demonstram que as doenças crónicas são responsáveis pela maioria dos anos vividos com incapacidade, contribuindo significativamente para a redução da esperança de vida saudável.

Em Portugal, as doenças crónicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade, sendo responsáveis por cerca de 88% dos óbitos, refletindo o elevado peso das doenças cardiovasculares, das doenças oncológicas, da diabetes e das doenças

respiratórias crónicas (DGS, 2022).

Dados nacionais recentes indicam que cerca de 42% da população portuguesa apresenta pelo menos uma doença crónica, evidenciando um aumento significativo nas últimas duas décadas (INE, 2025).

Estudos realizados em cuidados de saúde primários demonstram que a multimorbilidade atinge mais de 70% da população adulta registada, sendo particularmente elevada entre as pessoas idosas (Prazeres et al., 2025).

A literatura científica nacional evidencia que as doenças crónicas constituem um dos principais determinantes da dependência funcional, das hospitalizações e da necessidade de cuidados continuados, representando um dos maiores desafios para o sistema de saúde português.

Entre as principais doenças crónicas em Portugal destacam-se as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crónicas, doenças osteoarticulares e demências.

Neste contexto, as doenças respiratórias crónicas assumem particular relevância, destacando-se a DPOC como uma das principais causas de morbilidade, mortalidade e incapacidade funcional.

3.1.2. MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL

Os modelos de prática profissional em enfermagem constituem referenciais estruturantes que orientam a organização dos cuidados e o desenvolvimento da prática clínica nas instituições de saúde. Estes modelos permitem definir a forma como os enfermeiros exercem a sua prática, integram conhecimento científico na tomada de decisão clínica e participam na organização dos cuidados, promovendo ambientes de prática que favorecem a qualidade, a segurança e a eficiência dos cuidados prestados. De acordo com Erickson e Ditomassi, M., Jones, K., & Hofler, L. (2011), os modelos de prática profissional representam sistemas organizacionais que descrevem como a enfermagem é exercida, apoiada e desenvolvida nas organizações de saúde, integrando valores profissionais, liderança clínica, autonomia profissional e prática baseada na evidência.

Neste sentido, os modelos de prática profissional assumem-se como instrumentos que permitem estruturar ambientes organizacionais favoráveis ao desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica e profissão autónoma. A implementação destes modelos tem demonstrado impacto significativo na melhoria dos resultados em saúde, na

satisfação profissional dos enfermeiros e na qualidade dos cuidados prestados. Segundo Slatyer, S., Coventry, L., Twigg, D., & Davis, S. (2016), estes modelos promovem ambientes de prática positivos que favorecem o desenvolvimento das competências profissionais, a participação ativa dos enfermeiros na tomada de decisão clínica e a implementação de intervenções baseadas na evidência científica.

De forma semelhante, Kellekai-Brapoh & Toresco (2020), referem que os modelos de prática profissional em enfermagem desempenham um papel determinante na criação de ambientes organizacionais que favorecem a autonomia profissional, a liderança clínica e o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros. Para estes autores, os modelos de prática profissional contribuem para clarificar o papel da enfermagem no sistema de saúde e para fortalecer a identidade profissional, promovendo a participação ativa dos enfermeiros na governação clínica e na melhoria da qualidade dos cuidados. Assim, estes modelos constituem um instrumento essencial para garantir que a prática de enfermagem se desenvolve de forma estruturada, baseada em evidência científica e centrada nas necessidades da pessoa.

Neste contexto, importa salientar que os modelos de prática profissional em enfermagem encontram sustentação nas teorias de enfermagem que orientam a compreensão das necessidades da pessoa e a organização das intervenções de enfermagem. As teorias de enfermagem fornecem os fundamentos conceptuais que permitem estruturar a prática clínica, facilitando a avaliação das necessidades da pessoa e a definição de intervenções adequadas às diferentes situações de saúde e doença. De acordo com Meleis (2018), as teorias de enfermagem desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da disciplina, permitindo orientar a prática profissional, a investigação e a formação em enfermagem.

Entre os modelos teóricos que têm influenciado a prática de enfermagem destaca-se o modelo das atividades de vida desenvolvido por Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney. Este modelo conceptualiza o cuidado de enfermagem a partir da capacidade da pessoa para realizar um conjunto de atividades essenciais à vida, considerando que o objetivo central da enfermagem consiste em promover a independência da pessoa na realização dessas atividades. O modelo reconhece ainda que fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos influenciam a forma como as atividades de vida são realizadas, devendo estes fatores ser considerados na avaliação e intervenção de enfermagem (Roper, Logan, & Tierney, 2000).

O modelo das atividades de vida identifica um conjunto de atividades fundamentais

para a manutenção da vida e do bem-estar da pessoa, incluindo respirar, alimentar-se, eliminar, mobilizar-se, manter a higiene pessoal, comunicar, manter a segurança e participar em atividades significativas. A avaliação da capacidade da pessoa para realizar estas atividades permite aos enfermeiros identificar limitações, necessidades e potencialidades, orientando a intervenção para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da adaptação aos processos de saúde e doença.

A articulação entre os modelos de prática profissional e as teorias de enfermagem permite estruturar os cuidados de forma sistematizada e centrada na pessoa, promovendo intervenções que respondem às necessidades individuais e favorecem a autonomia da pessoa no processo de saúde e doença. De acordo com Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), a integração entre teoria e prática constitui um elemento essencial para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica, permitindo orientar a tomada de decisão clínica e garantir a coerência das intervenções de enfermagem.

Esta abordagem assume particular relevância no contexto do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência das doenças crónicas, que representam atualmente um dos principais desafios para os sistemas de saúde. A presença de doença crónica pode comprometer significativamente a capacidade da pessoa para realizar diversas atividades de vida, afetando a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida. No caso da DPOC, a limitação da função respiratória e a intolerância ao esforço podem interferir com a realização de atividades fundamentais do quotidiano, nomeadamente respirar de forma eficaz, mobilizar-se ou realizar atividades da vida diária.

Neste contexto, a enfermagem de reabilitação assume um papel fundamental na promoção da funcionalidade, da autonomia e da capacitação da pessoa para lidar com as limitações impostas pela doença. De acordo com Hoeman (2014), a enfermagem de reabilitação centra-se na promoção da independência funcional e na capacitação das pessoas para gerir a sua condição de saúde, através de intervenções que visam otimizar a capacidade funcional e promover a adaptação às alterações do estado de saúde.

Deste modo, a articulação entre os modelos de prática profissional em enfermagem e a teoria das atividades de vida de Roper et al. (2000) constitui um referencial teórico relevante para orientar a intervenção de enfermagem na pessoa idosa com DPOC. Este enquadramento conceptual permite compreender de que forma a doença interfere na capacidade da pessoa para realizar as atividades de vida e fundamentar a implementação de estratégias de intervenção direcionadas para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da capacitação da pessoa para gerir a sua condição de saúde. Assim, a integração destes referenciais

teóricos contribui para sustentar a estratégia de intervenção desenvolvida no presente estudo, orientada para a capacitação da pessoa idosa com DPOC no contexto da prática de enfermagem de reabilitação.

Atividades de vida diárias - Modelo Teórico das Atividades de Vida

O modelo teórico desenvolvido por Nancy Roper, em colaboração com Winifred W. Logan e Alison J. Tierney, constitui um dos referenciais conceptuais mais amplamente utilizados na enfermagem para orientar a avaliação e a intervenção centradas na pessoa. Conhecido como Modelo das Atividades de Vida, este referencial foi inicialmente apresentado na década de 1970 e posteriormente aprofundado na obra *The Elements of Nursing*, assumindo-se como uma estrutura conceptual que permite compreender a forma como os indivíduos vivem, mantêm a sua saúde e respondem às situações de doença ao longo do ciclo vital (Roper et al., 2000).

Este modelo baseia-se no pressuposto de que a vida humana se organiza em torno de um conjunto de atividades fundamentais, denominadas atividades de vida, que são essenciais para a manutenção da saúde, da autonomia e do bem-estar. A enfermagem, neste contexto, assume como foco central, a capacidade da pessoa para realizar essas atividades, considerando que a doença, o envelhecimento ou outras circunstâncias podem comprometer a sua execução de forma autónoma. Assim, o papel do enfermeiro consiste em avaliar a forma como o indivíduo realiza as atividades de vida e intervir de modo a promover ou restaurar o maior nível possível de independência.

O modelo identifica doze atividades de vida que representam aspetos fundamentais da existência humana: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, cuidar da higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura corporal, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, expressar a sexualidade, dormir e morrer (Roper et al., 2000). Estas atividades não devem ser entendidas isoladamente, mas sim como dimensões interdependentes da vida quotidiana, influenciadas por múltiplos fatores que moldam a experiência de saúde e doença.

De acordo com este referencial, o desempenho das atividades de vida é condicionado por cinco grupos de fatores influenciadores: fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. Estes fatores podem potenciar ou limitar a capacidade do indivíduo para realizar as atividades de vida, sendo fundamental que o enfermeiro os considere durante o processo de avaliação e planeamento dos cuidados. Desta forma, o

modelo promove uma abordagem holística da pessoa, reconhecendo que a saúde resulta da interação dinâmica entre diferentes dimensões da vida humana (Roper et al., 2000).

Outro conceito estruturante do modelo é o continuum dependência–independência, que traduz a ideia de que o nível de autonomia das pessoas pode variar ao longo do ciclo de vida ou em função de alterações no estado de saúde. Ao longo da vida, os indivíduos transitam entre diferentes graus de dependência e independência na realização das atividades de vida, sendo a enfermagem responsável por apoiar essa transição e por promover estratégias que favoreçam a manutenção da autonomia sempre que possível. Assim, a intervenção de enfermagem orienta-se para reduzir a dependência evitável e maximizar a capacidade funcional da pessoa, respeitando simultaneamente as suas limitações e necessidades (Roper et al., 2000).

No contexto do envelhecimento, a aplicação do modelo de Roper et al., (2000) adquire particular relevância, uma vez que o avanço da idade está frequentemente associado a alterações fisiológicas, funcionais e sociais que podem comprometer a realização das atividades de vida. O envelhecimento pode conduzir a uma diminuição da capacidade funcional, a alterações na mobilidade, na respiração, no sono ou na participação social, tornando necessária uma abordagem de cuidados que considere de forma integrada estas diferentes dimensões da vida quotidiana.

Esta perspetiva torna-se especialmente pertinente na abordagem à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, uma patologia respiratória crónica que se caracteriza por limitação persistente do fluxo aéreo e por sintomas como dispneia, fadiga e intolerância ao esforço. Estas manifestações podem comprometer significativamente várias atividades de vida, nomeadamente respirar, mobilizar-se, dormir, realizar atividades de autocuidado e participar nas atividades sociais e recreativas. Consequentemente, a doença tende a produzir um impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa, particularmente na população idosa.

A utilização do modelo de Roper et al., (2000) permite, neste contexto, compreender de forma estruturada o impacto da doença nas atividades de vida, possibilitando uma avaliação abrangente das limitações e das capacidades da pessoa. A partir desta avaliação, torna-se possível identificar áreas prioritárias de intervenção e desenvolver estratégias que favoreçam a adaptação da pessoa à sua condição de saúde.

No âmbito da enfermagem de reabilitação, esta abordagem assume especial relevância, uma vez que a intervenção do enfermeiro especialista se orienta para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da capacitação da pessoa para o autocuidado. A análise

das atividades de vida permite identificar dificuldades específicas associadas à DPOC, como a limitação da tolerância ao esforço, a dispneia durante atividades quotidianas ou a redução da participação social. Com base nessa avaliação, podem ser implementadas intervenções direcionadas, como a reeducação respiratória, o treino de técnicas de controlo da dispneia, a educação para a gestão da energia e o incentivo à atividade física adaptada.

Deste modo, o modelo de Roper, et al (2000) constitui um referencial conceptual relevante para orientar a compreensão das necessidades da pessoa idosa com DPOC, permitindo analisar o impacto da doença nas diferentes dimensões da vida quotidiana e fundamentar intervenções que visem promover a autonomia e a qualidade de vida.

3.1.3. As Alterações respiratórias na pessoa com DPOC

A DPOC é uma doença respiratória crónica, prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação progressiva do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Esta limitação resulta de alterações inflamatórias das vias aéreas e do parênquima pulmonar, geralmente associadas à exposição prolongada a partículas ou gases nocivos, sendo o tabagismo o principal fator etiológico (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2024).

A DPOC integra duas entidades clínicas principais: a bronquite crónica e o enfisema pulmonar, que frequentemente coexistem e conduzem a uma deterioração progressiva da função respiratória. A literatura recente enfatiza que a DPOC é atualmente considerada uma doença sistémica, associada a múltiplas comorbilidades e impacto significativo na funcionalidade e qualidade de vida (Agustí & Celli, 2022).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI] (2023), a DPOC é definida como uma doença respiratória heterogénea de elevada prevalência em Portugal e no mundo, caracterizando-se por sintomas respiratórios crónicos como dispneia, tosse e expectoração, devido a alterações das vias respiratórias (bronquite) e dos alvéolos (enfisema) que causam obstrução persistente, o que consequentemente causa alterações inflamatórias e estruturais nas vias respiratórias. O principal fator de risco para o desenvolvimento da DPOC é o tabagismo, responsável pela maioria dos casos diagnosticados. Contudo, a literatura científica atual identifica outros fatores relevantes, nomeadamente: Exposição a poluição atmosférica, Exposição ocupacional a poeiras e químicos, Infecções respiratórias na infância, Fatores genéticos e Envelhecimento.

O envelhecimento assume particular importância, uma vez que a função pulmonar

diminui naturalmente com a idade, aumentando a vulnerabilidade ao desenvolvimento da doença e à sua progressão (GOLD, 2024).

A classificação da gravidade da DPOC, efetua-se pela combinação de diferentes itens: **sintomatologia**, através da escala de dispneia, *Medical Research Council Dyspnea Questionnaire* (mMRC), **gravidade da limitação do fluxo aéreo na espirometria** por ordem crescente de gravidade e inversamente proporcional ao volume expiratório forçado (FEV) no 1º segundo (Figura 1), **risco e frequência de exacerbações anuais** (DGS, 2022; SPMI, 2023).

O reconhecimento de fatores de risco que proporcionam exacerbações da DPOC, assim como, os sinais e sintomas que a caracterizam e os tipos de tratamento existentes (não farmacológico e farmacológico), faz parte do papel dos doentes com esta doença. Por isso, o conhecimento é a chave para uma correta gestão da doença, evitando assim, possíveis exacerbações, e consequentemente, a deterioração do estado de saúde, originando uma diminuição da qualidade de vida (Hu, Li, Cao, Gu, & Chen, 2022).

FIGURA 1 - ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DE OBSTRUÇÃO AO FLUXO AÉREO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO GOLD

Em doentes com FEV ₁ /FVC < 70%	Classificação	FEV ₁ após broncodilatação
	GOLD 1 (leve)	≥ 80% do previsto
	GOLD 2 (moderado)	50-79% do previsto
	GOLD 3 (grave)	30-49% do previsto
	GOLD 4 (muito grave)	< 30% do previsto

Fonte: SPMI, 2023.

A etiologia infecciosa, viral e/ou bacteriana, constitui a causa mais frequente de agudização da doença. No entanto, pessoas com hipersecreção brônquica e diminuição da capacidade de eliminação, por função ciliar deficiente, oclusão das vias aéreas distais e uma tosse ineficaz, apresentam frequentemente estase de secreções nas vias aéreas, sendo mais suscetíveis a agudizações de etiologia infecciosa, viral ou bacteriana (Inácio, 2023).

A fisiopatologia da DPOC envolve um processo inflamatório crónico das vias aéreas, desencadeado pela exposição prolongada a agentes irritantes, como o fumo do tabaco, poluentes ambientais e partículas ocupacionais. Esta inflamação conduz à remodelação das vias aéreas, hipersecreção mucosa, destruição alveolar e perda da elasticidade pulmonar. Consequentemente, ocorre limitação ao fluxo aéreo, hiperinsuflação pulmonar e

comprometimento das trocas gasosas, originando dispneia progressiva, intolerância ao esforço e fadiga. Estudos recentes demonstram que a inflamação sistémica associada à DPOC contribui para o desenvolvimento de comorbilidades, como doenças cardiovasculares, sarcopenia e fragilidade (Agustí & Celli, 2022).

A DPOC constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde, esta doença é atualmente a terceira principal causa de morte global, sendo responsável por cerca de 3,2 milhões de óbitos anuais (WHO, 2023).

Estudos epidemiológicos recentes indicam que a prevalência global da DPOC situa-se entre 10% e 12% da população adulta, aumentando significativamente com a idade e com a exposição cumulativa a fatores de risco (Soriano et al., 2020).

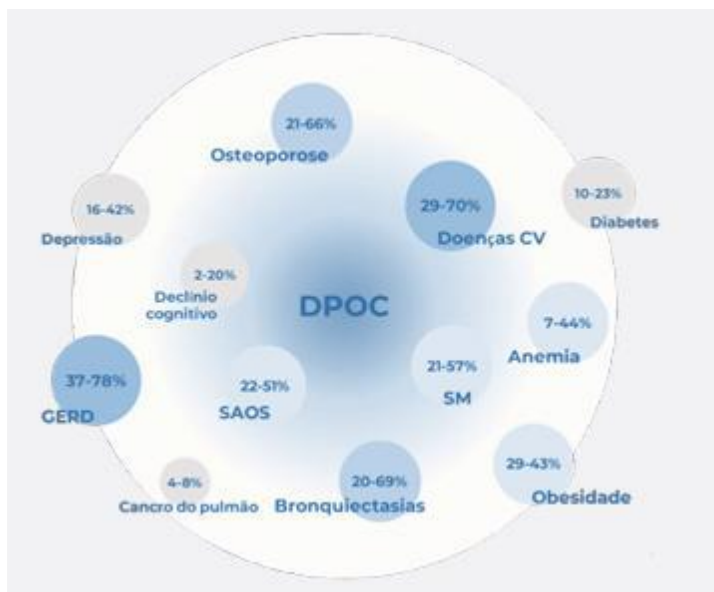
Na Europa, a prevalência estimada varia entre 8% e 12%, sendo mais elevada em países com elevada taxa de tabagismo e envelhecimento populacional (European Respiratory Society, 2023).

Em Portugal, a DPOC constitui um importante problema de saúde pública, estimando-se que afete cerca de 14% da população com mais de 40 anos, sendo frequentemente subdiagnosticada. Dados nacionais indicam que esta doença representa uma das principais causas de internamento hospitalar e mortalidade por doença respiratória crónica (DGS, 2022).

A DPOC caracteriza-se por sintomas respiratórios persistentes, sendo os mais frequentes a dispneia progressiva, tosse crónica e expectoração. A dispneia constitui o sintoma mais incapacitante, estando fortemente associada à limitação funcional e à redução da qualidade de vida.

As exacerbações representam episódios agudos de agravamento dos sintomas respiratórios, frequentemente desencadeados por infeções respiratórias ou exposição a poluentes. Segundo Inácio (2023), os episódios de agudização sucedem com maior frequência e intensidade com a progressão da doença para estádios mais avançados. Existem fatores de risco como, a história prévia de exacerbações, sendo que episódios recentes de agudizações são fortemente preditores de novos episódios semelhantes, assim como, a ansiedade, a limitação grave ou muito grave do fluxo aéreo e a presença de comorbilidades como a **doença cardiovascular**, **hipertensão arterial** e **diabetes mellitus** que apresentam um impacto significativo no estado de saúde (Figura 2).

FIGURA 2 - COMORBILIDADES DA DPOC E RESPECTIVA PREVALÊNCIA



Fonte: SPMI, 2023.

Estudos recentes demonstram que as exacerbações aceleram o declínio da função pulmonar, aumentam o risco de hospitalizações e constituem um dos principais determinantes da mortalidade associada à DPOC (Agustí & Celli, 2022).

A DPOC apresenta um impacto significativo na funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos. A dispneia e a intolerância ao esforço conduzem à limitação das atividades diárias, promovendo sedentarismo, isolamento social e dependência progressiva.

Estudos recentes demonstram que a DPOC está frequentemente associada a fragilidade e sarcopenia, contribuindo para o declínio funcional e aumento da incapacidade (Soriano, Kendrick, Paulson, Gupta, Abrams, Adedoyin, Adhikari, Agrawal, Ahmadi, Alahdab, Alipour, Alvis-Guzman, Anber, Awasthi, Ayele, Barboza, Bedi, Béjot, Bensenor, Vos, 2020).

Além disso, a doença associa-se frequentemente a comorbidades, como doenças cardiovasculares, ansiedade e depressão, agravando o impacto global na saúde.

3.2. A intervenção do EEER na capacitação da pessoa idosa com DPOC

A DPOC constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, apresentando um impacto significativo na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa. Neste contexto, a intervenção do EEER assume um papel central na capacitação da pessoa para a autogestão da doença, promovendo ganhos sensíveis em saúde e contribuindo para a redução de exacerbações e internamentos (Moura, Lista, João,

Na'ônio & Bia 2024; Spruit, Pitta, McAuley, ZuWallack, & Nici, (2023).

O tratamento da DPOC integra intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tendo como principais objetivos a redução dos sintomas, a prevenção de exacerbações e a melhoria da qualidade de vida. Neste âmbito, a reabilitação respiratória constitui uma das intervenções não farmacológicas mais eficazes no tratamento da DPOC, sendo amplamente recomendada pelas diretrizes internacionais como componente essencial do cuidado (GOLD, 2024). Esta intervenção inclui exercício físico, treino dos músculos respiratórios, educação terapêutica e estratégias de conservação de energia, assumindo-se como fundamental na abordagem integrada à pessoa com DPOC (McCarthy, Casey, Devane, Murphy & Lacasse, 2021; Rochester et al., 2023).

A evidência científica recente destaca que a capacitação da pessoa idosa com DPOC deve assentar numa abordagem integrada, centrada na pessoa, que promova o desenvolvimento de competências de autocuidado, autoeficácia e adaptação à doença crónica. De acordo com Moura et al. (2024), as intervenções de enfermagem de reabilitação demonstram melhorias significativas na autogestão, funcionalidade, controlo sintomático, nomeadamente da dispneia, e bem-estar emocional, evidenciando ganhos sustentados na qualidade de vida. Estes resultados são corroborados por Rochester et al. (2023), que evidenciam que programas de reabilitação respiratória promovem melhorias clínicas relevantes e sustentadas, particularmente em populações idosas.

Neste contexto, a reabilitação funcional respiratória (RFR) constitui um dos pilares fundamentais da intervenção do EEER. Programas estruturados que integrem treino ventilatório, exercícios respiratórios e treino de exercício físico contribuem significativamente para o aumento da tolerância ao esforço, melhoria da capacidade funcional e redução da dispneia (Spruit et al., 2023; Salvado et al., 2025). Para além disso, o treino muscular periférico e respiratório assume especial relevância na pessoa idosa, dada a associação entre DPOC e sarcopenia, promovendo ganhos na independência funcional (meleis et al., 2021).

A educação para a saúde constitui igualmente uma intervenção central do EEER, sendo determinante na capacitação da pessoa para a gestão do regime terapêutico. Intervenções educativas centradas na técnica inalatória correta, reconhecimento precoce de sinais de exacerbação, adesão terapêutica e cessação tabágica demonstram impacto positivo na autogestão da doença e na redução de eventos agudos (Effing et al., 2021). Estas intervenções devem ser individualizadas e adaptadas às características da pessoa idosa, nomeadamente ao nível da literacia em saúde.

Adicionalmente, a evidência recente reforça a importância de planos de intervenção

personalizados, com monitorização contínua e follow-up, particularmente em contexto domiciliário. Intervenções que integrem acompanhamento regular, suporte psicológico e gestão da terapêutica potenciam a adesão e promovem melhores resultados em saúde (Rochester et al., 2023; Salvado et al., 2025). A continuidade de cuidados e a proximidade do EEER assumem, assim, um papel determinante na manutenção dos ganhos obtidos.

Importa ainda destacar que a intervenção do EEER inclui estratégias de conservação de energia e adaptação às atividades de vida diária, permitindo à pessoa gerir a dispneia no quotidiano e manter níveis adequados de independência funcional. Estas estratégias são amplamente recomendadas na literatura como fundamentais para reduzir o impacto da doença na vida diária (Spruit et al., 2023).

Por fim, as intervenções do EEER apresentam impacto direto em indicadores de saúde, nomeadamente na redução de exacerbações, diminuição de readmissões hospitalares e melhoria da qualidade de vida (Pacheco et al., 2024; Rochester et al., 2023). Assim, o EEER assume-se como um elemento-chave na equipa multidisciplinar, promovendo cuidados centrados na pessoa, baseados na evidência e orientados para ganhos em saúde.

Neste sentido a DGS (2019), aborda a necessidade de conduzir programas educacionais de saúde para pessoa com o diagnóstico de DPOC ou cuidadores, concentrando-se em diversos aspetos como:

- Promoção da atividade física;
- Identificação de sintomas indicativos de exacerbação/agudização da DPOC;
- Prevenção e controle do tabagismo, incluindo a proteção contra a exposição ao fumo ambiental, e o estímulo à cessação do tabagismo;
- Adesão ao plano terapêutico, contribuindo assim para melhorias na saúde, como a qualidade de vida e a redução do número de dias de hospitalização e readmissões hospitalares.

Em síntese, a intervenção do EEER na capacitação da pessoa idosa com DPOC é multifacetada e baseada numa abordagem integrada que engloba reabilitação funcional respiratória, educação para a saúde, promoção do autocuidado e acompanhamento contínuo, sendo determinante para a melhoria da autonomia, qualidade de vida e resultados em saúde.

4. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) é uma metodologia de investigação que permite reunir e sintetizar criticamente o conhecimento científico existente sobre uma temática

específica, integrando estudos com diferentes abordagens metodológicas. Esta tipologia de revisão possibilita uma visão abrangente da evidência disponível, contribuindo para uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo (Galvão & Sawada, 2003).

No contexto da saúde, a RIL assume particular relevância por facilitar o acesso às melhores evidências científicas e apoiar a tomada de decisão clínica fundamentada. A sua realização exige um percurso metodológico rigoroso, que inclui a definição da questão de investigação, a seleção criteriosa dos estudos e a análise crítica dos resultados, assegurando validade científica e transparência ao processo (Mattos, 2015).

No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, a RIL constitui um instrumento essencial para identificar os contributos das intervenções especializadas na promoção da funcionalidade e da capacitação da pessoa idosa com DPOC. Assim, este método permite sistematizar os ganhos sensíveis às intervenções do Enfermeiro de Reabilitação, sustentando práticas baseadas na evidência e favorecendo a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A RIL do presente relatório compreende a análise de artigos cujo foco é identificar os ganhos sensíveis às intervenções do ER promotoras da capacitação da pessoa idosa com DPOC.

RESUMO

Introdução: A DPOC constitui uma patologia respiratória crónica de elevada prevalência na população idosa, caracterizada por limitação persistente do fluxo aéreo, dispneia progressiva, intolerância ao esforço e impacto significativo na autonomia funcional e qualidade de vida. A reabilitação respiratória, enquanto intervenção estruturada e baseada na evidência, assume um papel determinante na promoção da capacitação da pessoa idosa com DPOC, sendo o ER um agente central na implementação e monitorização destas intervenções. **Objetivo:** A RIL pretende identificar os ganhos em saúde sensíveis às intervenções do ER na capacitação da pessoa idosa com DPOC. **Metodologia:** A questão de investigação foi estruturada segundo o modelo PICO. Posteriormente, procedeu-se à pesquisa realizada na base de dados MEDLINE Ultimate, através da plataforma EBSCOHost Web, tendo sido aplicados critérios de inclusão previamente definidos. Após o processo de triagem, foram incluídos cinco artigos científicos publicados entre 2020 e 2025. Foram avaliados os níveis de evidência dos diferentes estudos selecionados, de acordo com Joanna Briggs Institute. **Resultados:** Os estudos analisados evidenciam que as intervenções do ER na pessoa idosa com DPOC promovem ganhos sensíveis ao nível funcional, clínico e

psicossocial. Verificaram-se melhorias significativas da capacidade de marcha, redução da dispneia, aumento da resistência muscular e melhoria da qualidade de vida. Observou-se ainda diminuição dos níveis de ansiedade e reforço da autoeficácia e da autogestão da doença. Estes resultados demonstram que programas estruturados de reabilitação respiratória, integrando educação para a saúde e exercício terapêutico, contribuem para a capacitação e autonomia da pessoa idosa com DPOC. **Conclusão:** A evidência analisada demonstra que as intervenções estruturadas e sistematizadas do ER promovem a capacitação da pessoa idosa com DPOC, contribuindo para o reforço da autonomia, da autogestão da doença e da preservação da funcionalidade, consolidando o seu papel central na promoção de ganhos sensíveis em saúde.

INTRODUÇÃO

A DPOC constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, assumindo particular relevância na população idosa, onde se associa frequentemente a limitação funcional, fragilidade e perda progressiva de autonomia. Caracterizada por limitação persistente do fluxo aéreo e sintomas como dispneia, fadiga e intolerância ao esforço, esta patologia compromete significativamente a realização das atividades de vida diária, condicionando a qualidade de vida e aumentando o risco de exacerbações e hospitalizações.

Neste contexto, a reabilitação respiratória emerge como uma intervenção fundamental na abordagem integrada da pessoa idosa com DPOC. Trata-se de um conjunto de intervenções estruturadas que integram educação para a saúde, treino respiratório, exercício físico supervisionado ou domiciliário, estratégias de autogestão e acompanhamento sistemático, com o objetivo de melhorar a capacidade funcional, reduzir a sintomatologia e promover a autonomia.

O ER assume um papel diferenciador na conceção, implementação e monitorização destes programas, articulando competências técnicas, educativas e relacionais. A sua intervenção incide na promoção do autocuidado, na correta utilização da terapêutica inalatória, no reconhecimento precoce de sinais de exacerbação, na prescrição e adaptação do exercício terapêutico e no reforço da autoconfiança da pessoa idosa na gestão da sua condição clínica.

A capacitação da pessoa idosa com DPOC configura-se, assim, como um processo dinâmico que implica o desenvolvimento de conhecimentos, competências e atitudes que

permitam uma participação ativa na gestão da doença. Neste sentido, torna-se pertinente analisar de que forma as intervenções do ER se traduzem em ganhos sensíveis em saúde.

A presente RIL tem, portanto, como objetivo identificar os ganhos sensíveis às intervenções do ER na capacitação da pessoa idosa com DPOC, procurando responder à seguinte questão de investigação: Quais os ganhos sensíveis às intervenções do ER promotoras da capacitação da pessoa idosa com DPOC?

OBJETIVO

A presente RIL tem como objetivo identificar os ganhos sensíveis às intervenções do ER na capacitação da pessoa idosa com DPOC.

METODOLOGIA

A definição da questão de investigação constitui uma etapa fundamental no planeamento de uma RIL, uma vez que orienta todo o processo metodológico subsequente e delimita o âmbito da pesquisa. A formulação clara e precisa da questão permite assegurar a coerência entre os objetivos do estudo, a estratégia de pesquisa e os resultados a obter, promovendo a identificação rigorosa da evidência científica relevante (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Para garantir uma estruturação objetiva e sistemática da questão de investigação, recorreu-se ao modelo PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), amplamente utilizado na investigação em saúde. Esta metodologia possibilita a delimitação dos elementos essenciais da pergunta clínica, facilitando a construção de estratégias de pesquisa adequadas e a seleção criteriosa dos estudos a incluir na revisão (Santos, Pimenta & Nobre 2007).

Atendendo aos propósitos da presente RIL, a aplicação do modelo PICO foi realizada da seguinte forma:

- **P (Population/População-alvo):** Pessoa idosa com DPOC;
- **I (Intervention/Tipo de intervenção):** Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação promotoras da capacitação;
- **C (Comparison/Comparação):** Não aplicável;
- **O (Outcome/Resultado):** Ganhos sensíveis em saúde.

Deste modo, e com o objetivo de dar resposta ao problema de investigação

previamente definido, foi formulada a seguinte questão de partida para a presente RIL: Quais os ganhos sensíveis às intervenções do Enfermeiro de Reabilitação promotoras da capacitação da pessoa idosa com DPOC?

Após determinar qual a questão de pesquisa e onde deverá ser feita a pesquisa é preciso traduzi-la para uma pesquisa utilizável (IFIS, 2024).

A definição de uma estratégia de pesquisa rigorosa e sistemática constitui uma etapa essencial no desenvolvimento de uma RIL, uma vez que orienta todo o processo de identificação, seleção e análise das evidências científicas disponíveis. A escolha adequada dos descritores, a utilização criteriosa dos operadores booleanos e a definição das bases de dados influenciam diretamente a abrangência, a pertinência e a qualidade dos resultados obtidos, assegurando a coerência entre a questão de investigação e os estudos/artigos incluídos. Uma estratégia delineada de forma sistemática contribui para garantir que a evidência recolhida seja válida, fiável e adequada à questão de investigação definida (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Após a definição da questão de investigação, estruturada de acordo com o modelo PICO, procedeu-se à seleção de estudos científicos, através da plataforma EBSCOHost Web, utilizando a base de dados MEDLINE Ultimate.

Para a construção da estratégia de pesquisa, foram definidos quatro conjuntos segmentos de termos, constituídos por descritores indexados e respetivos sinónimos, organizados com o operador booleano OR dentro de cada segmento. Posteriormente, estes quatro conjuntos foram combinados entre si mediante o operador booleano AND, com o objetivo de obter resultados mais específicos e diretamente relacionados com a temática em estudo.

O primeiro conjunto integrou os descritores *nursing care*, *nursing*, *evidence based nursing* e *nursing interventions*, tendo sido obtidos 3 545 224 resultados.

O segundo conjunto incluiu os termos *rehabilitation*, *training* e *respiratory rehabilitation*, resultando em 10 702 167 artigos.

O terceiro conjunto foi constituído pelos descritores *COPD*, *chronic obstructive pulmonary disease* e *DPOC*, com um total de 866 298 artigos.

O quarto conjunto integrou os termos *outcomes*, *benefits* e *outcome assessment*, originando 24 298 938 resultados.

A combinação dos quatro conjuntos por meio do operador booleano AND permitiu obter um total de 67 024 artigos.

Numa RIL, os critérios de inclusão e exclusão são fundamentais para garantir a

qualidade, relevância e foco do estudo (Patino & Ferreira, 2018).

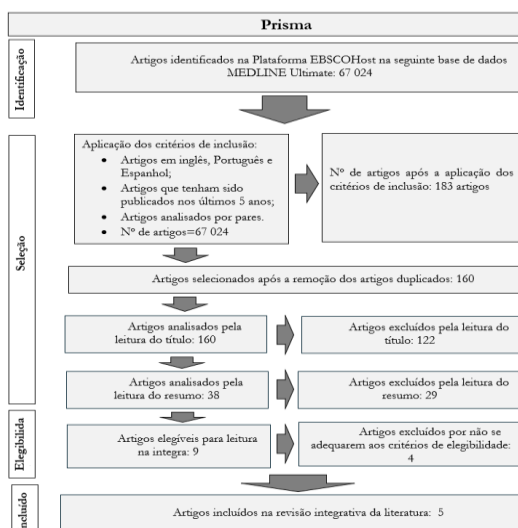
Subsequentemente, procedeu-se à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, nomeadamente: estudos randomizados controlados, de abordagem quantitativa e/ou qualitativa; artigos publicados nos últimos cinco anos (2020-2025); textos disponíveis em português, inglês ou espanhol; estudos com texto integral acessível; e artigos revistos por pares. Após esta etapa, foram identificados 183 artigos potencialmente elegíveis.

Seguiu-se a leitura dos títulos e resumos, da qual resultou a seleção de nove artigos para leitura integral. Desses, quatro artigos foram excluídos por não responderem de forma direta à questão de investigação formulada, apresentando enfoques demasiado específicos ou abordando variáveis que não permitiam estabelecer uma relação clara entre as intervenções do ER e os ganhos sensíveis em saúde. Adicionalmente, verificaram-se limitações quanto à adequação da população-alvo e à natureza das intervenções analisadas, comprometendo a sua pertinência face aos objetivos da presente revisão.

Deste modo, foram incluídos cinco artigos na presente RIL. Com o objetivo de tornar o processo de seleção dos estudos mais transparente e perceptível, procedeu-se à elaboração de um fluxograma (Figura 3) de acordo com o modelo PRISMA Flow 2020, permitindo representar graficamente as diferentes etapas e decisões inerentes ao processo de triagem.

O fluxograma permite representar de forma sequencial as etapas e decisões de um processo, promovendo a clareza e a transparência metodológica (Asana, 2025).

FIGURA 3 - DIAGRAMA DA RIL BASEADO NO PRISMA 2020



Fonte: Própria

Para avaliação dos estudos incluídos, recorreu-se aos Níveis de Evidência e Graus de Recomendação do Joanna Briggs Institute (JBI), instrumento que permite classificar os artigos

de acordo com o seu desenho metodológico e a robustez da evidência científica, assegurando a validade e a fiabilidade dos resultados considerados na presente RIL (Joanna Briggs Institute, 2013).

Este modelo, considera assim os seguintes níveis de evidência:

➤ **Level 1 – Experimental Designs**

- *Level 1.a– Systematic review of randomized controlled trials (RCTs)*
- *Level 1.b- Systematic review of RCTs and other study designs*
- *Level 1.c- RCT*
- *Level 1.d- Pseudo-RCTs*

➤ **Level 2 – Quasi-experimental Designs**

- *Level 2.a- Systematic review of quasi-experimental studies*
- *Level 2.b- Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs*
- *Level 2.c- Quasi experimental prospectively controlled study*
- *Level 2.d- Pre-test or post-test or historic/retrospective control group study*

➤ **Level 3- Observational-Analytic Designs**

- *Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies*
- *Level 3.b- Systematic review of comparable cohort and other study designs*
- *Level 3.c- Cohort study with control group*
- *Level 3.d- Case controlled study*
- *Level 3.e- Observational study without a control group*

➤ **Level 4- Observational descriptive studies**

- *Level 4.a- Systematic review of descriptive studies*
- *Level 4.b- Cross-sectional study*
- *Level 4.c- Case series*
- *Level 4.d- Cases study*

➤ **Level 5- Expert opinion and bench research**

- *Level 5.a- Systematic review of expert opinion*
- *Level 5.b- Expert consensus*
- *Level 5.c- Bench research/ single expert opinion*

Na presente RIL, os níveis de evidência dos artigos seleccionados são os seguintes,

que se apresentam na Tabela 1:

TABELA 1 - NÍVEIS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Título do artigo	Autores	Ano	Pais	Nível de evidencia científica
1º- <i>Pulmonary Rehabilitation Nursing Interventions Promoting Self-Care in Elderly People with COPD (At Home)</i>	Salvado et al., 2025	2025	Portugal	Nível 1.b Revisão sistemática que inclui RCTs, estudos quasi-experimentais e estudos de coorte
2º- <i>Effects of Home-Based Pulmonary Rehabilitation on Walking, Anxiety and Sleep in Patients With COPD</i>	Coskun et al., 2025	2025	Turquia	Nível 1.c Estudo experimental com randomização, grupo controlo e avaliação da efetividade da intervenção
3º- <i>Pulmonary Rehabilitation Exercise Package for Enhancing Health in Elderly COPD Patients With Frailty</i>	Liao et al., 2025	2025	Taiwan	Nível 1.c Estudo experimental com randomização, grupo controlo e avaliação da efetividade da intervenção
4º- <i>The effects of nurse-led family pulmonary rehabilitation intervention on quality of life and exercise capacity in rural patients with COPD</i>	Zhang et al., 2022	2022	China	Nível 2.c Estudo experimental sem randomização, com grupo controlo e avaliação de efetividade
5º- <i>The effectiveness of an unsupervised home-based pulmonary rehabilitation with self-</i>	Liou et al., 2023	2023	Taiwan	Nível 2.c Estudo experimental sem randomização, com controlo e avaliação de efetividade

<i>management program in patients with COPD</i>				
---	--	--	--	--

RESULTADOS

Nesta fase da RIL, procedeu-se à análise dos artigos incluídos, com o objetivo de extrair e sistematizar a informação relevante para responder à questão de investigação definida segundo a metodologia PICO. A apresentação dos dados foi organizada de forma estruturada em tabelas, permitindo a síntese e comparação dos principais elementos de cada estudo, nomeadamente objetivos, participantes/amostra, intervenções, resultados, conclusões e limitações.

TABELA 2 - ARTIGO 1

Artigo 1: <i>Pulmonary Rehabilitation Nursing Interventions Promoting Self-Care in Elderly People with COPD (At Home)</i>	
Amostra/Participantes	A amostra correspondeu a oito estudos incluídos numa revisão sistemática da literatura, envolvendo pessoas idosas (idade média ≥ 65 anos) com diagnóstico de DPOC, acompanhadas em contexto domiciliário. Os estudos incluíram diferentes desenhos metodológicos (ensaios clínicos aleatórios, estudos de coorte e estudos quase-experimentais) e participantes provenientes de vários países.
Intervenções e objetivos	O objetivo do estudo foi identificar e descrever intervenções de enfermagem em reabilitação respiratória promotoras do autocuidado e da capacitação da pessoa idosa com DPOC no domicílio. As intervenções analisadas incluíram educação para a saúde (sobre a doença,

	terapêutica e prevenção de exacerbações), treino respiratório e exercício físico, planos individualizados com monitorização e seguimento, apoio psicológico e gestão da oxigenoterapia. Estas intervenções visaram aumentar o conhecimento, desenvolver competências de autogestão da doença e reforçar a autonomia funcional da pessoa idosa.
Resultados e conclusões	Os resultados demonstraram ganhos sensíveis às intervenções do ER na capacitação da pessoa idosa com DPOC, nomeadamente na melhoria do autocuidado, da gestão dos sintomas e da funcionalidade. A educação estruturada promoveu maior compreensão da doença, correta utilização da terapêutica inalatória e reconhecimento precoce de exacerbações. O treino respiratório e o exercício físico contribuíram para a redução da dispneia, aumento da tolerância ao esforço e maior independência nas atividades de vida diária. Os planos individualizados com seguimento regular favoreceram a adesão terapêutica e a continuidade dos cuidados, enquanto o apoio psicológico esteve associado à diminuição da ansiedade e ao reforço da autoconfiança. Conclui-se que as intervenções de enfermagem em reabilitação respiratória promovem a capacitação da pessoa

	idosa com DPOC, traduzindo-se em ganhos funcionais, clínicos e psicossociais.
Limitações do Estudo	As principais limitações prendem-se com a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, a variabilidade das intervenções e os curtos períodos de seguimento, o que condiciona a avaliação dos efeitos a longo prazo. A diversidade dos contextos assistenciais e dos sistemas de saúde limita igualmente a generalização dos resultados.

Fonte: Salvado et al., 2025

TABELA 3 - ARTIGO 2

Artigo 2: <i>Effects of Home-Based Pulmonary Rehabilitation on Walking, Anxiety and Sleep in Patients With COPD</i>	
Amostra/Participantes	A amostra foi constituída por 90 pessoas com diagnóstico de DPOC estável (estádios GOLD II–III), das quais 84 completaram o estudo. A idade média dos participantes situou-se em torno dos 67 anos, predominando o sexo masculino. Os participantes foram aleatoriamente distribuídos por um grupo de intervenção e um grupo de controlo, que recebeu os cuidados habituais.
Intervenções e objetivos	O objetivo do estudo consistiu em avaliar os efeitos de um programa de reabilitação respiratória domiciliária, conduzido por enfermeiros, na capacidade funcional, na ansiedade e na qualidade do sono em pessoas com DPOC. A intervenção decorreu durante oito semanas e integrou

	exercícios respiratórios e de resistência realizados no domicílio (3 a 5 sessões por semana, com duração de 25–30 minutos por sessão), associados a educação estruturada fornecida pelo enfermeiro e a acompanhamento telefónico semanal. As intervenções visaram promover a autogestão da doença, reforçar a adesão ao exercício e desenvolver competências funcionais e psicossociais, contribuindo para a capacitação da pessoa com DPOC.
Resultados e conclusões	Os resultados demonstraram ganhos sensíveis associados às intervenções do enfermeiro de reabilitação, expressos pelo aumento significativo da capacidade de marcha, pela redução da dispneia e pela melhoria dos parâmetros respiratórios. Verificou-se igualmente uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade e uma melhoria da qualidade do sono no grupo de intervenção, comparativamente ao grupo de controlo. Estes ganhos funcionais, psicológicos e fisiológicos traduzem um reforço da autonomia e da capacidade de controlo da doença, indicando que a reabilitação respiratória domiciliária, liderada por enfermeiros, promove a capacitação da pessoa idosa com DPOC e contribui para uma gestão mais eficaz da sua condição clínica.
Limitações do Estudo	As principais limitações prendem-se com o carácter unicêntrico do estudo

	(realizado apenas num hospital), a ausência de cegamento dos participantes e avaliadores e o reduzido período de seguimento, não permitindo avaliar a manutenção dos ganhos a médio e longo prazo. A utilização de instrumentos de autorresposta para a avaliação da ansiedade e da qualidade do sono poderá igualmente constituir fonte de viés.
--	---

Fonte: Coskun et al., 2025

TABELA 4 - ARTIGO 3

Artigo 3: Pulmonary Rehabilitation Exercise Package for Enhancing Health in Elderly COPD Patients With Frailty	
Amostra/Participantes	A amostra foi constituída por 100 pessoas idosas com diagnóstico de DPOC e fragilidade moderada, avaliadas pela <i>Clinical Frailty Scale</i> , internadas num hospital especializado. Após perdas durante o seguimento, 91 participantes concluíram o estudo, distribuídos por grupo experimental (n=45) e grupo de controlo (n=46). A idade média dos participantes foi de aproximadamente 70 anos, predominando o sexo masculino.
Intervenções e objetivos	O objetivo do estudo consistiu em avaliar os efeitos de um programa estruturado de reabilitação respiratória (<i>Pulmonary Rehabilitation Exercise Package – PREP</i>) na fragilidade, dispneia, resistência muscular dos membros inferiores e capacidade de marcha em pessoas idosas com DPOC.

	A intervenção integrou educação sobre a doença, drenagem postural e percussão torácica, técnicas respiratórias, exercícios de elevação dos membros inferiores no leito e fortalecimento dos músculos da perna, complementados por preparação para a alta e acompanhamento continuado. Estas intervenções visaram promover a funcionalidade, a autogestão da doença e a autonomia, contribuindo para a capacitação da pessoa idosa com DPOC.
Resultados e conclusões	Os resultados evidenciaram ganhos sensíveis às intervenções do Enfermeiro de Reabilitação, expressos por redução significativa da dispneia, aumento da resistência muscular dos membros inferiores e melhoria da capacidade de marcha no grupo experimental, em comparação com o grupo de controlo. Verificou-se igualmente uma diminuição progressiva dos níveis de fragilidade ao longo do período de intervenção. Estes ganhos traduzem um reforço da capacidade funcional e da autonomia da pessoa idosa com DPOC, potenciando o desempenho nas atividades de vida diária e a gestão da sua condição clínica. Conclui-se que a implementação de um programa estruturado de reabilitação respiratória constitui uma intervenção eficaz na promoção da capacitação da pessoa idosa com DPOC.
Limitações do Estudo	As principais limitações prendem-se com o carácter unicêntrico do estudo, a utilização

	de um desenho de cegamento simples e o período de acompanhamento relativamente curto, não permitindo avaliar a manutenção dos efeitos a médio e longo prazo. A inclusão exclusiva de participantes em contexto hospitalar limita igualmente a generalização dos resultados a outros contextos assistenciais.
--	--

Fonte: Liao et al., 2025

TABELA 5 - ARTIGO 4

Artigo 4: <i>The effects of nurse-led family pulmonary rehabilitation intervention on quality of life and exercise capacity in rural patients with COPD</i>	
Amostra/Participantes	A amostra foi constituída por 74 pessoas com diagnóstico de DPOC em fase estável, residentes em meio rural, com idade média de 68,4 anos. Os participantes foram distribuídos em grupo de intervenção (n = 38) e grupo de controlo (n = 36), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às características sociodemográficas e clínicas no momento inicial do estudo.
Intervenções e objetivos	O objetivo do estudo consistiu em avaliar os efeitos de uma intervenção de reabilitação respiratória domiciliária, liderada por enfermeiros, na qualidade de vida e na capacidade de exercício de pessoas com DPOC. A intervenção decorreu ao longo de 13 semanas e integrou educação estruturada sobre a doença, orientação para a modificação de comportamentos de risco,

	treino respiratório, exercícios de resistência e de fortalecimento muscular, bem como acompanhamento telefónico semanal. As intervenções tiveram como finalidade promover a autogestão da doença, desenvolver competências funcionais e reforçar a autonomia da pessoa idosa, contribuindo para a sua capacitação.
Resultados e conclusões	Os resultados demonstraram ganhos sensíveis às intervenções do Enfermeiro de Reabilitação, expressos por melhoria significativa da qualidade de vida, avaliada através do <i>St. George's Respiratory Questionnaire</i>, e por aumento da capacidade funcional, medida pela distância percorrida no teste dos seis minutos de marcha. O grupo submetido à intervenção apresentou redução estatisticamente significativa dos valores relativos aos sintomas e às limitações nas actividades, bem como incremento da tolerância ao esforço, comparativamente ao grupo de controlo. Estes ganhos traduzem um reforço da autonomia funcional e da capacidade de controlo da doença, evidenciando que a reabilitação respiratória domiciliária conduzida por enfermeiros promove a capacitação da pessoa idosa com DPOC e favorece uma gestão mais eficaz da sua condição clínica.
Limitações do Estudo	As principais limitações relacionam-se com a dimensão reduzida da amostra, a existência de perdas no seguimento e o

	período de acompanhamento limitado, não permitindo avaliar a manutenção dos ganhos a médio e longo prazo. Acresce ainda a ausência de supervisão presencial contínua durante a fase domiciliária da intervenção, o que poderá ter condicionado a uniformidade da sua implementação.
--	--

Fonte: Zhang et al., 2022

TABELA 6 - ARTIGO 5

Artigo5: <i>The effectiveness of an unsupervised home-based pulmonary rehabilitation with self-management program in patients with COPD</i>	
Amostra/Participantes	A amostra foi constituída por 72 pessoas com diagnóstico de DPOC internadas num centro hospitalar, das quais 70 concluíram o estudo. A idade média dos participantes situou-se em torno dos 80 anos, com predomínio do sexo masculino. Os participantes foram distribuídos por grupo experimental (n = 33) e grupo de controlo (n = 37), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às características clínicas iniciais.
Intervenções e objetivos	O objetivo do estudo consistiu em avaliar a eficácia de um programa de reabilitação respiratória domiciliária não supervisionada, associado a um programa estruturado de autogestão da doença, em pessoas com DPOC. A intervenção consistiu num programa de reabilitação pulmonar domiciliária não supervisionada, associado a um programa

	de autogestão, iniciado antes da alta hospitalar e mantido durante três meses. Incluiu educação para a saúde sobre a DPOC, adesão terapêutica e reconhecimento precoce de exacerbações, bem como estratégias de gestão dos sintomas respiratórios, da dispneia e da fadiga. O programa integrou ainda exercício físico domiciliário autónomo, com treino de marcha, exercícios de resistência muscular e treino respiratório, apoiado por materiais educativos e acompanhamento telefónico quinzenal por enfermeiros. Estas intervenções tiveram como finalidade promover o autocuidado, reforçar a confiança na gestão da dispneia e aumentar a autonomia funcional, contribuindo para a capacitação da pessoa idosa com DPOC.
Resultados e conclusões	Os resultados evidenciaram ganhos sensíveis associados às intervenções do Enfermeiro de Reabilitação, traduzidos por melhoria estatisticamente significativa da dispneia durante o esforço, avaliada pela <i>Medical Research Council Dyspnoea Scale</i>, e por aumento da autoeficácia na gestão da doença, medida pela <i>COPD Self-Efficacy Scale</i>, no grupo experimental, ao terceiro mês após a alta, comparativamente ao grupo de controlo. Observou-se igualmente melhoria progressiva da qualidade de vida relacionada com a saúde ao longo do período de acompanhamento. Estes resultados indicam que a reabilitação

	respiratória domiciliária associada à educação para a autogestão favorece a capacitação da pessoa idosa com DPOC, expressa em maior controlo dos sintomas, maior confiança na realização das atividades de vida diária e reforço da autonomia.
Limitações do Estudo	As principais limitações prendem-se com o carácter unicêntrico do estudo, a utilização de amostragem não aleatória e a ausência de cegamento, fatores suscetíveis de introduzir viés. O período de seguimento limitado de três meses não permite avaliar a manutenção dos ganhos a médio e longo prazo. A realização do estudo num único contexto hospitalar condiciona igualmente a generalização dos resultados a outros contextos assistenciais.

Fonte: Liou et al., 2023

DISCUSSÃO

Com base na análise dos artigos incluídos na RIL, é possível concluir que as intervenções dos cuidados de enfermagem no processo assistencial ao doente submetido à VMNI traduzem-se em ganhos em saúde multidimensionais, com impacto positivo comprovado em indicadores clínicos, funcionais, emocionais e organizacionais. Estes ganhos não se restringem a contextos específicos, sendo transversais a diferentes realidades institucionais e populacionais, o que reforça a aplicabilidade generalizável das evidências encontradas.

A análise dos estudos evidencia que a população incluída corresponde a pessoas idosas com diagnóstico de DPOC, com predominância do sexo masculino e idade média superior a 65 anos. Em alguns estudos, verificou-se a presença de fragilidade associada, o que acentua a complexidade clínica e funcional desta população, frequentemente marcada por limitação da capacidade de exercício, dispneia persistente e impacto significativo na

autonomia e qualidade de vida.

No que concerne à intervenção de enfermagem, os estudos analisados evidenciam o papel estruturante do ER na conceção, implementação e acompanhamento dos programas de reabilitação respiratória. A sua atuação incidiu na educação para a saúde, no treino respiratório, na prescrição e adequação do exercício terapêutico e na monitorização sistemática da evolução funcional e clínica, evidenciando o contributo específico da enfermagem de reabilitação na promoção da capacitação da pessoa idosa com DPOC.

Os autores Salvado et al., 2025 destacam a importância da educação estruturada, do treino respiratório, do exercício físico adaptado e da monitorização regular como componentes fundamentais para o desenvolvimento do autocuidado e da autonomia funcional. Acresce que estas intervenções, organizadas em planos individualizados e ajustados às necessidades da pessoa idosa, incluem igualmente uma dimensão de apoio psicológico, favorecendo a estabilidade emocional e a adesão terapêutica. Os autores sublinham que a capacitação não se traduz apenas na melhoria de parâmetros clínicos, mas no reforço da compreensão da doença, da adesão ao regime terapêutico e da capacidade de reconhecer precocemente sinais de exacerbação.

De forma complementar, Coskun, Simsek, & Arslan, (2025) demonstraram que um programa domiciliário liderado por enfermeiros produziu melhorias estatisticamente significativas na capacidade de marcha, bem como redução dos níveis de ansiedade e melhoria da qualidade do sono. Através da implementação de um programa domiciliário de reabilitação respiratória conduzido por Enfermeiros de Reabilitação, com duração de oito semanas, que integrou exercícios respiratórios e de resistência realizados três a cinco vezes por semana, com sessões de 25 a 30 minutos, associados a educação estruturada e acompanhamento telefónico semanal.

Os resultados demonstraram um aumento estatisticamente significativo da capacidade funcional, expresso pelo incremento da distância percorrida no teste de marcha, no grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo ($p < 0,001$), verificando-se um aumento mediano de 52 metros no grupo intervencionado, face a apenas 4 metros no grupo de controlo, o que corresponde a uma diferença intergrupar de 48 metros. Este ganho revelou-se clinicamente relevante, aproximando-se dos valores descritos na literatura como limiar mínimo de importância clínica na DPOC (escala- MCID: *Minimal Clinically Important Difference*). Paralelamente, verificou-se redução significativa dos níveis de ansiedade e melhoria da qualidade do sono nos participantes submetidos ao programa (Coskun et al., 2025).

Para além destes ganhos funcionais e psicológicos, observaram-se ainda melhorias

em parâmetros fisiológicos respiratórios, reforçando que os efeitos da intervenção se traduziram igualmente em alterações objetivas do desempenho ventilatório (Coskun et al., 2025).

Estes resultados evidenciam a natureza multidimensional dos ganhos associados à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, demonstrando que a melhoria funcional ocorre em articulação com benefícios de natureza psicológica. A redução da ansiedade, frequentemente associada ao receio da dispneia e à limitação funcional, revela-se determinante para a adesão ao exercício terapêutico e para o reforço da autoconfiança na gestão da doença (Coskun et al., 2025).

Liao, Chen, Chen, & Yanga, 2025, ao incluírem pessoas idosas com DPOC e fragilidade moderada (avaliada através de critérios padronizados de vulnerabilidade funcional, associados a diminuição da força muscular e da capacidade de marcha- através da *Clinical Frailty Scale*), acrescentam uma dimensão particularmente relevante à análise, demonstrando que mesmo em populações com maior vulnerabilidade funcional é possível obter reduções significativas da dispneia, aumento da resistência muscular e melhoria da capacidade de marcha. Estes resultados reforçam que a intervenção do ER assume um papel preventivo face à progressão da dependência funcional, entendida como o declínio da autonomia na realização das atividades de vida diária, contribuindo para a manutenção da funcionalidade e para a preservação da autonomia.

Zhang, Mao, Li, & Xianyu, (2022). ao analisarem um programa familiar de reabilitação respiratória em contexto rural, evidenciam que a intervenção estruturada e acompanhada por enfermeiros de reabilitação é eficaz mesmo em contextos com limitações no acesso a cuidados especializados. O programa implementado integrou educação estruturada sobre a DPOC, treino respiratório, exercício físico domiciliário e acompanhamento telefónico regular, envolvendo ativamente os familiares no processo terapêutico.

A melhoria significativa da qualidade de vida, avaliada através do *St. George's Respiratory Questionnaire*, e o aumento da capacidade funcional, mensurado pelo teste dos seis minutos de marcha, reforçam que a continuidade do acompanhamento e a adaptação das intervenções ao contexto da pessoa idosa constituem elementos determinantes na consolidação dos ganhos. Importa salientar que o grupo submetido à intervenção apresentou um aumento médio de aproximadamente 49,5 metros no teste dos seis minutos de marcha, enquanto o grupo de controlo evidenciou um declínio da capacidade funcional ao longo do mesmo período. Paralelamente, verificou-se uma redução superior a 12 pontos no score total do *St. George's Respiratory Questionnaire*, sendo que, neste instrumento, uma redução de

apenas 4 pontos já é considerada clinicamente significativa. Este resultado traduz, assim, uma melhoria expressiva da qualidade de vida (Zhang et al., 2022).

Para além disso, o envolvimento ativo da família no processo de reabilitação revelou-se um elemento facilitador da adesão e da continuidade das práticas terapêuticas no domicílio, assumindo particular relevância em contextos rurais, onde o acesso a cuidados especializados é mais limitado (Zhang et al., 2022).

Por sua vez, Liou et al., 2023 demonstraram que um programa domiciliário não supervisionado, associado a estratégias estruturadas de autogestão, produziu melhoria significativa da dispneia e aumento da autoeficácia ao terceiro mês após a alta hospitalar. O programa implementado integrou um plano individualizado de exercício físico e treino respiratório a realizar no domicílio, complementado por orientações educativas dirigidas à monitorização dos sintomas, à correta utilização da terapêutica inalatória e à identificação precoce de sinais de exacerbação. Embora não implicasse supervisão presencial contínua, o modelo incluía acompanhamento estruturado e reforço das competências de autogestão (Liou et al., 2023).

A avaliação dos ganhos foi efetuada através de instrumentos validados para mensuração da dispneia e da autoeficácia (*Medical Research Council Dyspnea Scale* e da *COPD Self-Efficacy Scale*), verificando-se diferenças estatisticamente significativas no grupo de intervenção. Estes resultados reforçam que a capacitação da pessoa idosa com DPOC pode ser promovida mesmo em modelos menos intensivos de supervisão, desde que assentes numa intervenção estruturada e orientada para o desenvolvimento de competências (Liou et al., 2023).

Este dado é particularmente relevante, uma vez que evidencia que a capacitação se traduz em desenvolvimento efetivo de competências de autogestão, permitindo à pessoa idosa assumir um papel ativo na monitorização dos sintomas, na adesão terapêutica e na tomada de decisão informada (Liou et al., 2023).

A análise transversal destes estudos (Salvado et al, 2025; Coskun et al., 2025; Liao et al., 2025; Zhang et al., 2022; Liou et al., 2023) revela que, independentemente do grau de supervisão direta ou do contexto assistencial, a presença de uma intervenção estruturada, sistematizada e centrada na pessoa, conduzida pelo Enfermeiro de Reabilitação, constitui o elemento diferenciador na obtenção de ganhos sensíveis. Verifica-se uma articulação consistente entre melhoria da capacidade funcional, redução da dispneia, diminuição dos níveis de ansiedade, reforço da autoeficácia e melhoria da qualidade de vida, evidenciando que os ganhos clínicos e funcionais e psicológicos se interligam com o desenvolvimento de

competências e com o reforço da autonomia da pessoa idosa com DPOC.

Apesar da consistência dos resultados, importa reconhecer as limitações metodológicas identificadas, designadamente períodos de seguimento reduzidos e variabilidade na composição dos programas de intervenção. Estas limitações condicionam a avaliação da manutenção dos ganhos a médio e longo prazo. Contudo, a repetição de resultados positivos em diferentes contextos reforça a credibilidade dos achados e sustenta a relevância da enfermagem de reabilitação enquanto área especializada.

Em síntese, os estudos analisados demonstram que as intervenções do ER promovem ganhos sensíveis ao nível funcional, clínico e psicossocial na pessoa idosa com DPOC, traduzindo-se em melhoria da capacidade de exercício, redução da dispneia, diminuição dos níveis de ansiedade, aumento da autoeficácia, reforço do autocuidado e melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, foi elaborada a tabela 7, que descreve os ganhos sensíveis à intervenção do enfermeiro de reabilitação na capacitação da pessoa idosa com DPOC, devidamente enquadrado com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Nestes estudos são evidentes os ganhos em saúde ao nível da satisfação dos clientes, da promoção de saúde, na prevenção de complicações no bem-estar e autonomia e na organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

TABELA 7 - GANHOS SENSÍVEIS EM SAÚDE À INTERVENÇÃO DO ER NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA COM DPOC

Categoria	Ganhos em Saúde
Satisfação dos clientes	- Adesão a terapêutica (Salvado et al., 2025)
Promoção de saúde	- Maior compreensão da doença (Salvado et al., 2025); - Melhoria da gestão de sintomas/ condição clínica (Salvado et al., 2025; Coskun et al., 2025; Liao et al., 2025; Zhang et al., 2022; Liou et al., 2023); - Correta utilização da terapêutica inalatória (Salvado et al., 2025); - Reconhecimento precoce das exacerbações (Salvado et al., 2025); - Melhoria da autonomia e capacidade de controlo da doença (Coskun et al., 2025; Liao et al., 2025; Zhang et al., 2022; Liou et al., 2023).

Prevenção de complicações	- Redução da dispneia e aumento da tolerância ao esforço (Salvado et al., 2025; Coskun et al., 2025; Liao et al., 2025; Zhang et al., 2022); - Diminuição dos níveis de fragilidade (Liao et al., 2025); - Melhoria dos parâmetros respiratórios (Coskun et al., 2025).
Bem-estar e autocuidado	- Melhoria da funcionalidade (Salvado et al., 2025); - Melhoria do autocuidado/ capacidade funcional (Salvado et al., 2025; Liao et al., 2025; Zhang et al., 2022); - Maior independência nas atividades de vida diária (Salvado et al., 2025; Liao et al., 2025; Zhang et al., 2022); - Melhoria da qualidade de vida (Zhang et al., 2022; Liou et al., 2023); - Diminuição da ansiedade e melhoria da autoconfiança (Salvado et al., 2025; Liou et al., 2023); - Melhoria da qualidade do sono (Coskun et al., 2025).
Organização dos cuidados de enfermagem	- Melhor continuidade dos cuidados (salvado et al., 2025).

Fonte: Própria

Estes resultados evidenciam que a capacitação emerge como um processo dinâmico e multidimensional, sustentado por intervenções estruturadas, sistemáticas e centradas na pessoa, no qual a enfermagem de reabilitação assume um papel central e diferenciador na promoção da autonomia, da autogestão da doença e da preservação da funcionalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos estudos incluídos na presente RIL, conclui-se que as intervenções do ER promovem ganhos sensíveis relevantes na capacitação da pessoa idosa com DPOC, traduzindo-se em benefícios clínicos, funcionais e psicossociais consistentes.

Os resultados evidenciam que a implementação de programas estruturados de reabilitação respiratória, quer em contexto domiciliário, quer em ambiente hospitalar, conduz a melhorias significativas da capacidade funcional, expressas pelo aumento da distância percorrida no teste dos seis minutos de marcha, pela redução da dispneia e pelo aumento da

resistência muscular. Paralelamente, verificam-se ganhos a nível psicológico, nomeadamente diminuição da ansiedade, melhoria da qualidade do sono e reforço da autoeficácia na gestão da doença, aspetos determinantes para a adesão terapêutica e manutenção dos comportamentos promotores de saúde.

A educação estruturada, o treino respiratório, o exercício físico adaptado, o acompanhamento telefónico e a elaboração de planos individualizados de intervenção emergem como componentes fundamentais das intervenções analisadas. Estas estratégias revelam-se eficazes na promoção do autocuidado, no reconhecimento precoce de exacerbações e na correta utilização da terapêutica, potenciando a autonomia e a capacidade de autogestão da pessoa idosa com DPOC.

Importa salientar que, mesmo em populações com fragilidade associada ou em contextos com limitações no acesso a cuidados especializados, como meios rurais ou programas domiciliários não supervisionados, os ganhos mantêm-se significativos quando as intervenções são estruturadas, sistematizadas e centradas na pessoa. Tal evidencia que o elemento diferenciador reside na intervenção especializada do Enfermeiro de Reabilitação, cuja atuação integra competências técnicas, educativas e relacionais.

Apesar das limitações metodológicas identificadas nos estudos, designadamente períodos de seguimento reduzidos, amostras de dimensão limitada e carácter unicêntrico de algumas investigações, a consistência dos resultados reforça a robustez da evidência disponível.

Em síntese, as intervenções estruturadas de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa idosa com DPOC traduzem-se em ganhos na satisfação do cliente, na promoção de saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado e na organização dos cuidados.

5. O PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste subcapítulo procura-se abordar a estratégia de intervenção do EEER ao longo do ensino clínico, justificando a necessidade da mesma tendo em conta as competências de EEER e os ganhos sensíveis que advêm da sua intervenção, na capacitação e promoção do autocuidado na pessoa com 65 ou mais anos de idade com alterações respiratórias e compromisso do autocuidado.

Como já vimos anteriormente o envelhecimento da população é uma realidade europeia e nacional, caracterizada pelo aumento da longevidade da população com idade

superior a 65 anos a ter exponencialmente maior representatividade demográfica, no entanto, com elevados índices de dependência associados (Santos, et al., 2020; Fonseca, 2014). As doenças respiratórias e a fragilidade são conceitos que se associam ao...

No presente subcapítulo pretende-se apresentar e fundamentar a estratégia de intervenção do EEER no âmbito do projeto desenvolvido, centrado na capacitação da pessoa idosa com DPOC. A definição desta estratégia de intervenção sustenta-se nas competências específicas do EEER, bem como nos ganhos sensíveis em saúde decorrentes da sua intervenção, particularmente ao nível da promoção da autonomia, da funcionalidade e da capacidade de autocuidado da pessoa com doença respiratória crónica.

O envelhecimento populacional constitui atualmente um dos fenómenos demográficos mais marcantes das sociedades contemporâneas. O aumento da esperança média de vida tem conduzido a um crescimento progressivo da população com 65 ou mais anos de idade, fenómeno que se verifica de forma particularmente expressiva na Europa e em Portugal (Fonseca, 2014; Santana et al., 2015; Santos et al., 2020). Este aumento da longevidade associa-se frequentemente a uma maior prevalência de doenças crónicas e de situações de dependência funcional, colocando novos desafios aos sistemas de saúde, que passam a exigir abordagens centradas na promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida das pessoas.

Entre as doenças crónicas mais prevalentes na população idosa destacam-se as doenças respiratórias, que constituem uma importante causa de morbilidade, incapacidade e mortalidade. Em Portugal, estas patologias representam uma das principais causas de internamento hospitalar e de mortalidade, assumindo um impacto significativo na saúde pública (DGS, 2017; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020). Neste contexto, a DPOC assume particular relevância, sendo caracterizada por uma limitação persistente e progressiva do fluxo aéreo, geralmente associada à exposição prolongada a partículas ou gases nocivos e a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas e do pulmão (GOLD, 2024).

A DPOC manifesta-se frequentemente através de sintomas como dispneia, fadiga, intolerância ao esforço e exacerbações recorrentes, que condicionam significativamente a capacidade funcional da pessoa. Estas limitações repercutem-se na realização das atividades de vida diária, comprometendo a autonomia e a participação social do indivíduo, com impacto significativo na qualidade de vida da pessoa e da sua família (Cordeiro & Menoita, 2014; Spruit et al., 2013; Uslu & Canbolat, 2020). Nos indivíduos idosos, estas dificuldades podem ser agravadas pela presença de fragilidade, multimorbilidade e declínio funcional associado ao processo de envelhecimento, contribuindo para o aumento da dependência e para

dificuldades acrescidas na gestão do autocuidado.

Neste contexto, a capacitação da pessoa assume um papel central na gestão das doenças crónicas. A capacitação corresponde a um processo através do qual o indivíduo desenvolve conhecimentos, competências e confiança para gerir a sua condição de saúde e participar ativamente nas decisões relacionadas com os seus cuidados (WHO, 2023). No caso das pessoas com DPOC, a capacitação torna-se particularmente relevante, uma vez que a gestão eficaz da doença depende em grande medida da adoção de comportamentos de autocuidado, da adesão ao regime terapêutico e da capacidade da pessoa para lidar com os sintomas e limitações associados à doença.

A evidência científica demonstra que programas estruturados de reabilitação respiratória contribuem significativamente para a melhoria da capacidade funcional, redução da dispneia, aumento da tolerância ao esforço e melhoria da qualidade de vida das pessoas com DPOC (Spruit et al., 2013; GOLD, 2024). Neste sentido, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel determinante na implementação de intervenções que promovam a funcionalidade e a autonomia da pessoa com doença respiratória crónica.

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEER, este profissional possui competências para avaliar a funcionalidade da pessoa, identificar problemas reais e potenciais, planejar, implementar e avaliar programas de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de otimizar as capacidades funcionais, promover a autonomia e facilitar a participação da pessoa na vida familiar e social (OE, 2019). A intervenção do EEER centra-se assim na maximização do potencial de reabilitação da pessoa, tendo em consideração as suas capacidades, limitações e contexto de vida.

No âmbito da doença respiratória crónica, a intervenção do EEER integra frequentemente programas de reeducação funcional respiratória, que incluem o ensino de técnicas respiratórias, o treino de exercício terapêutico, estratégias de controlo da dispneia, técnicas de conservação de energia e educação para a saúde, promovendo simultaneamente a capacitação da pessoa e da família para a gestão da doença no quotidiano (Cordeiro & Menoita, 2014; Spruit et al., 2013). Estas intervenções permitem melhorar a ventilação pulmonar, aumentar a tolerância ao esforço e promover uma maior independência na realização das atividades de vida diária.

Os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação traduzem-se em melhorias observáveis na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida da pessoa, nomeadamente através da redução da dispneia, melhoria da tolerância ao esforço, aumento

da independência nas atividades de vida diária e maior capacidade para gerir os sintomas da doença. Estes resultados reforçam a importância da intervenção especializada do EEER na gestão das doenças respiratórias crónicas, contribuindo para a promoção da autonomia e para a prevenção do declínio funcional associado à doença e ao envelhecimento.

A pertinência da intervenção do EEER na gestão de condições crónicas complexas tem sido também destacada na literatura recente, que evidencia o papel da enfermagem especializada na promoção de cuidados centrados na pessoa, na capacitação para o autocuidado e na melhoria dos resultados em saúde (Keleekai-Brapp & Torresco, 2020). Neste sentido, a atuação do EEER assume particular relevância na promoção da autonomia funcional e da independência funcional.

A estratégia de intervenção delineada neste projeto encontra ainda enquadramento conceptual no Modelo das Atividades de Vida de Roper et al (2000), que orienta a prática de enfermagem para a promoção da independência da pessoa na realização das atividades de vida. Este modelo considera que a capacidade para realizar as atividades de vida varia ao longo do ciclo vital e pode ser influenciada por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos (Roper et al., 2000).

No contexto da pessoa idosa com DPOC, as limitações respiratórias podem comprometer várias atividades de vida, particularmente respirar, mobilizar-se, manter um ambiente seguro, dormir e descansar e realizar atividades de autocuidado. Assim, a intervenção do EEER orienta-se para a promoção da funcionalidade nestas atividades, através da implementação de estratégias que visam otimizar a função respiratória, melhorar a tolerância ao esforço e capacitar a pessoa para gerir a dispneia e as limitações impostas pela doença.

Desta forma, a estratégia de intervenção desenvolvida neste projeto assenta numa abordagem centrada na pessoa e orientada para a capacitação, procurando promover o desenvolvimento de competências que permitam à pessoa idosa com DPOC manter o máximo de independência possível na realização das atividades de vida, gerir a sua condição de saúde e melhorar a sua qualidade de vida. Neste sentido, a intervenção do EEER assume um papel fundamental na promoção da autonomia, na prevenção do declínio funcional e na otimização do potencial de reabilitação da pessoa com doença respiratória crónica.

Assim, tendo em conta o enquadramento teórico apresentado e as necessidades identificadas na pessoa idosa com DPOC, torna-se pertinente a implementação de uma estratégia de intervenção de enfermagem de reabilitação orientada para a capacitação da pessoa e para a melhoria da sua funcionalidade respiratória e autonomia. No subcapítulo

seguinte será apresentada a descrição da estratégia de intervenção desenvolvida, incluindo os objetivos, as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas e os indicadores de avaliação dos resultados obtidos.

5.1 METODOLOGIA

O presente projeto insere-se numa abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, recorrendo à metodologia de estudo de caso múltiplo. Esta opção metodológica revela-se adequada ao objeto em análise, uma vez que permite compreender em profundidade fenómenos complexos, contextualizados e centrados na experiência humana, como é o caso da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa idosa com DPOC.

A investigação qualitativa centra-se na compreensão e interpretação dos fenómenos no seu contexto natural, valorizando os significados, as experiências e as interações que lhes estão associadas. Segundo Fortin (2009), este tipo de abordagem é particularmente útil quando se pretende estudar realidades complexas, multifatoriais e dificilmente redutíveis a variáveis mensuráveis. No âmbito da enfermagem, esta perspetiva é especialmente pertinente, dado que os cuidados se desenvolvem em contextos singulares, envolvendo dimensões biológicas, funcionais, emocionais, sociais e relacionais. Assim, a abordagem qualitativa permite compreender de forma mais abrangente a complexidade das necessidades da pessoa idosa com DPOC, bem como o contributo das intervenções especializadas para a sua capacitação e para a obtenção de ganhos em saúde.

O estudo assume igualmente uma natureza descritiva, pois visa retratar de forma detalhada as características das situações em análise, nomeadamente as necessidades identificadas, as intervenções implementadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e os resultados observados ao nível da funcionalidade, do autocuidado e da gestão da doença. De acordo com Fortin (2009), os estudos descritivos procuram apresentar com rigor e detalhe um fenómeno ou uma situação específica, permitindo identificar as suas particularidades e compreender a forma como se manifesta em contexto real.

Paralelamente, trata-se de um estudo de natureza exploratória, na medida em que pretende aprofundar o conhecimento sobre uma área específica da prática clínica, permitindo clarificar dimensões do fenómeno em estudo, compreender relações entre intervenções e resultados e gerar conhecimento passível de sustentar futuras investigações. Fortin (2009), refere que a investigação exploratória é particularmente útil quando o fenómeno em análise

carece de aprofundamento ou sistematização, possibilitando uma aproximação compreensiva e contextualizada à realidade estudada.

A natureza qualitativa, descritiva e exploratória do estudo articula-se de forma consistente com a metodologia de estudo de caso. Para Yin (2018), o estudo de caso constitui uma estratégia de investigação empírica que permite analisar um fenómeno contemporâneo no seu contexto real, sobretudo quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes. Esta metodologia é especialmente indicada quando se procuram responder a questões de investigação orientadas para o “como” e o “porquê”, possibilitando uma compreensão aprofundada e holística da realidade em análise. O seu interesse reside, assim, na capacidade de integrar a complexidade do contexto, a singularidade das situações e a multiplicidade de fatores que influenciam o fenómeno estudado.

Também Fortin (2009) entende o estudo de caso como uma metodologia apropriada ao exame aprofundado de uma unidade de investigação, que pode corresponder a uma pessoa, uma família, um grupo ou uma situação específica. Esta abordagem permite recolher informação rica e detalhada sobre a realidade estudada, sendo particularmente pertinente em enfermagem, onde importa compreender as necessidades da pessoa, os processos de adaptação, os contextos de vida e os efeitos das intervenções de cuidados.

No presente trabalho, a opção recai especificamente sobre o estudo de caso múltiplo, por se considerar que esta estratégia permite analisar várias situações clínicas concretas, preservando a individualidade de cada uma e, simultaneamente, favorecendo a identificação de padrões comuns e elementos diferenciadores entre os casos. Segundo Yin (2018), o estudo de caso múltiplo apresenta maior robustez metodológica do que o estudo de caso único, uma vez que permite desenvolver uma lógica de replicação entre os diferentes casos. Esta replicação pode ser literal, quando se esperam resultados semelhantes, ou teórica, quando se antecipam diferenças justificadas pelas características particulares de cada situação. Deste modo, cada caso contribui para reforçar, aprofundar ou contrastar a compreensão do fenómeno em estudo.

A escolha do estudo de caso múltiplo mostra-se particularmente ajustada ao objetivo de compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa idosa com DPOC, pois permite estudar diferentes pessoas em contextos clínicos reais, considerando as suas especificidades, necessidades, limitações funcionais e recursos disponíveis (Yin, 2018). Esta metodologia torna possível descrever e analisar, em profundidade, as intervenções desenvolvidas, bem como os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente ao nível da funcionalidade, da

gestão da dispneia, da tolerância ao esforço e da promoção do autocuidado.

Além disso, o estudo de caso múltiplo possibilita realizar uma análise intra-caso e intercasos. a análise intra-caso favorece a compreensão aprofundada de cada situação individual, respeitando a sua singularidade e o seu contexto. Por sua vez, a análise intercasos permite comparar os diferentes casos, identificar regularidades, reconhecer divergências e compreender de que forma determinadas características influenciam os resultados das intervenções. Esta dupla dimensão analítica reforça a riqueza interpretativa do estudo e adequa-se à prática da enfermagem de reabilitação, onde a individualização dos cuidados coexiste com a necessidade de demonstrar a relevância e a consistência das intervenções especializadas.

Assim, a opção por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido através da metodologia de estudo de caso múltiplo, encontra-se em consonância com a natureza do fenómeno em análise e com os objetivos da investigação. Com base nos contributos de Yin (2018) e Fortin (2009), esta estratégia metodológica permite compreender de forma aprofundada, rigorosa e contextualizada a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, evidenciando o seu contributo para a capacitação da pessoa idosa com DPOC e para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

5.1.1. A POPULAÇÃO ALVO

A definição da população-alvo assume particular relevância no desenho metodológico de uma investigação, na medida em que permite circunscrever o universo de indivíduos que possuem características compatíveis com o fenómeno em estudo e com os objetivos delineados. Neste sentido, Fortin (2009) refere que a população corresponde ao conjunto de elementos ou sujeitos que partilham determinadas características comuns, definidas em função da problemática e da finalidade do estudo. A sua delimitação rigorosa constitui, assim, um requisito essencial para assegurar a coerência entre a questão de investigação, os objetivos, os critérios de seleção e os procedimentos de recolha de dados.

No âmbito do presente estudo, a população-alvo é constituída por pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, com diagnóstico de DPOC, e que apresentem necessidades de intervenção ao nível da capacitação para o autocuidado e da promoção da funcionalidade. A seleção desta população decorre da natureza do objeto de estudo, centrado na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto da pessoa

idosa com doença respiratória crónica, particularmente perante situações de limitação funcional, dispneia, intolerância ao esforço e compromisso na realização das atividades de vida.

Segundo Fortin (2009), a identificação da população deve ser acompanhada pela explicitação dos critérios de inclusão e de exclusão, de forma a garantir que os participantes selecionados são adequados ao fenómeno em análise e possibilitam a obtenção de dados significativos. Neste contexto, poderão ser considerados como critérios de inclusão a idade igual ou superior a 65 anos, o diagnóstico clínico de DPOC, a presença de alterações respiratórias com repercussão na autonomia e no autocuidado, bem como a capacidade para compreender e participar no estudo. Como critérios de exclusão, poderão ser contempladas situações de instabilidade clínica aguda, défice cognitivo grave que comprometa a comunicação e a compreensão, ou outras condições que inviabilizem a participação efetiva da pessoa no processo de recolha de dados.

Importa, ainda, distinguir a população-alvo da população acessível. Polit & Beck (2021), sublinham que a população-alvo corresponde ao grupo total de indivíduos sobre o qual o investigador pretende produzir inferências, ao passo que a população acessível se refere ao subconjunto dessa população ao qual o investigador tem efetivamente acesso no contexto real do estudo. Esta distinção revela-se particularmente importante em investigações realizadas em contextos clínicos, onde o acesso aos participantes depende das características institucionais, organizacionais e temporais do local de recolha de dados. Assim, embora a população-alvo deste estudo inclua, em sentido lato, pessoas idosas com DPOC, a população acessível será composta pelos indivíduos que, no contexto de implementação do estudo, reúnam os critérios definidos e se encontrem disponíveis para participar.

Tendo em conta que o presente trabalho se insere numa abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, a seleção dos participantes não se orienta por princípios de representatividade estatística, mas antes pela relevância e riqueza da informação que estes podem proporcionar. Polit e Beck (2021) defendem que, na investigação qualitativa, a seleção dos participantes é geralmente intencional, procurando identificar sujeitos que detenham experiência direta e significativa relativamente ao fenómeno em estudo. Também Fortin (2009), salienta que este tipo de amostragem permite aprofundar a compreensão de situações humanas complexas, valorizando o significado atribuído pelos participantes à sua experiência.

No caso particular do estudo de caso, esta lógica adquire ainda maior pertinência. Yin (2018) refere que a seleção dos casos deve ser criteriosa e orientada pela sua capacidade de

elucidar o fenómeno no seu contexto real. Quando se trata de um estudo de caso múltiplo, a escolha dos participantes e dos casos deve possibilitar a exploração aprofundada de semelhanças e especificidades entre diferentes situações, contribuindo para uma compreensão mais robusta e abrangente do objeto de estudo. Nesta perspetiva, a pessoa idosa com DPOC constitui uma unidade de análise particularmente relevante, dado que a vivência da doença crónica respiratória no envelhecimento envolve múltiplas dimensões — físicas, funcionais, emocionais e sociais — que interferem diretamente com a autonomia, o autocuidado e a qualidade de vida.

A opção para esta população encontra-se igualmente sustentada na evidência de que a DPOC representa uma das doenças crónicas com maior impacto na funcionalidade da pessoa idosa, condicionando a realização das atividades de vida e aumentando a dependência nas atividades de autocuidado. Neste contexto, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume especial importância, uma vez que visa a promoção da capacidade funcional, a adaptação à limitação respiratória, a gestão de sintomas e a maximização da autonomia da pessoa.

Devido à limitação temporal para a implementação do projeto, foi definida uma amostra não probabilística intencional ou acidental por conveniência. Este tipo de amostra é formada por pessoas facilmente acessíveis, quer num determinado período de tempo quer na sua localização, (Fortin, 2009), neste caso particular, foram pessoas idosas com diagnóstico de DPOC. Assim, a população-alvo selecionada revela-se particularmente adequada à análise dos ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem de reabilitação, sobretudo no que respeita à capacitação da pessoa idosa para lidar com as exigências impostas pela doença crónica.

Deste modo, a definição da população-alvo não se limita a um procedimento técnico de delimitação amostral, mas constitui uma etapa fundamental de sustentação metodológica e conceptual do estudo. Ao centrar-se na pessoa idosa com DPOC, o presente trabalho procura compreender, em profundidade, a complexidade das necessidades desta população e o contributo da intervenção especializada de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado, da funcionalidade e da qualidade de vida.

A identificação da população alvo será codificada por letras A, B, C, D e E o que corresponderá a cada participante do projeto de intervenção, de forma a salvaguardar o anonimato e a privacidade dos dados clínicos.

Assim, foram selecionadas para constituição da população alvo de intervenção, 5 participantes ao longo dos três estágios clínicos. Sendo que três deles (A, B e C) foram

selecionados em contexto de internamento e os dois outros (D e E) em contexto de comunidade.

5.2. INSTRUMENTOS DE APRECIACÃO DIAGNÓSTICA

No âmbito da apreciação diagnóstica da pessoa idosa com DPOC, torna-se fundamental recorrer a instrumentos que permitam uma avaliação sistemática, objetiva e multidimensional da condição clínica e funcional da pessoa. A utilização destes instrumentos reveste-se de particular importância no contexto da enfermagem, uma vez que contribui para sustentar o raciocínio clínico, identificar necessidades e problemas, definir prioridades de intervenção e monitorizar a evolução da pessoa ao longo do processo de cuidados. De acordo com Fortin (2009), a recolha de dados deve ser realizada de forma metódica, rigorosa e organizada, de modo a garantir a fiabilidade da informação obtida e a sua adequação aos objetivos da avaliação. Neste sentido, os instrumentos de apreciação diagnóstica constituem recursos essenciais, pois permitem recolher dados de forma estruturada e comparável, favorecendo a qualidade da decisão clínica.

Na pessoa idosa com DPOC, a avaliação não deve limitar-se à análise dos sintomas respiratórios, uma vez que esta condição crónica acarreta repercussões significativas ao nível funcional, emocional e social. A dispneia, a fadiga, a limitação da tolerância ao esforço, a perda de autonomia nas atividades de vida diária, o risco de queda e a presença de ansiedade ou depressão são aspetos frequentemente associados à vivência da doença, exigindo uma abordagem global e integrada. Neste sentido, as orientações internacionais da GOLD defendem que a avaliação da DPOC deve contemplar, para além dos parâmetros fisiológicos, a carga sintomática e o impacto da doença no estado de saúde da pessoa, recomendando a utilização de instrumentos como a *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC) e o *COPD Assessment Test (CAT)* (GOLD, 2025). Assim, a seleção dos instrumentos de apreciação diagnóstica deve atender à complexidade da pessoa, às características da população-alvo e aos objetivos da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Para além da mMRC (Anexo 1) e do CAT (Anexo 2), ao longo deste projeto, foram também utilizados outros instrumentos nomeadamente a *Escala numérica da Dor* (Anexo 3), *Índice de Barthel* (anexo 4), *Índice de Tinetti* (anexo 5), *Clinical COPD Questionnaire (CCQ)* (anexo 6) e *Mini Mental State Examination (MMSE)* (Anexo 7).

Entre os instrumentos utilizados destaca-se a mMRC, amplamente reconhecida pela sua utilidade na avaliação da dispneia. Esta escala permite classificar a perceção de falta de ar

de acordo com o grau de limitação que a mesma provoca nas atividades do quotidiano. A sua aplicação é simples e rápida, consistindo na apresentação de cinco níveis graduados, de 0 a 4, que descrevem diferentes situações de limitação associadas à dispneia. A pessoa é convidada a identificar o enunciado que melhor corresponde à sua condição habitual, possibilitando assim avaliar a intensidade subjetiva da dispneia e a sua repercussão funcional. Este instrumento assume particular relevância na pessoa idosa com DPOC, dado que a dispneia constitui um dos sintomas mais incapacitantes, interferindo diretamente com a mobilidade, a tolerância ao esforço e a realização das atividades diárias. Para além da sua simplicidade, a mMRC apresenta utilidade clínica na estratificação sintomática da doença e no planeamento de intervenções orientadas para a conservação de energia, a reeducação funcional respiratória e a promoção do autocuidado (GOLD, 2025).

O CAT, questionário específico para a DPOC, concebido para avaliar o impacto global da doença no estado de saúde da pessoa. Este instrumento é constituído por oito itens, cada um com uma escala de pontuação de 0 a 5, abordando diferentes dimensões da experiência de doença, designadamente a tosse, a expectoração, a sensação de aperto torácico, a dispneia ao subir escadas ou ladeiras, a limitação nas atividades em casa, a confiança para sair de casa, a qualidade do sono e os níveis de energia. A pontuação total resulta da soma dos vários itens e permite estimar a magnitude do impacto da doença na vida quotidiana da pessoa. O CAT pode ser preenchido autonomamente pela pessoa ou aplicado com apoio do profissional, quando se verificarem limitações de leitura, cansaço ou dificuldades cognitivas. A sua utilização permite captar de forma estruturada a perceção subjetiva da pessoa relativamente ao peso da DPOC na sua vida diária, complementando a avaliação clínica e fisiológica. O estudo de Jones et al. (2009) demonstrou que o CAT constitui uma medida simples, válida e fiável para medir o impacto da DPOC no estado de saúde, razão pela qual é amplamente utilizado na prática clínica e em contextos de reabilitação respiratória. Na pessoa idosa, este instrumento revela-se particularmente útil para identificar limitações relacionadas com a fadiga, o sono, a confiança para sair de casa e a capacidade para realizar atividades quotidianas, aspetos que influenciam diretamente a autonomia e a qualidade de vida.

Outro instrumento utilizado foi o CCQ, igualmente específico para a avaliação da pessoa com DPOC. Este questionário foi desenvolvido com o propósito de avaliar o controlo clínico da doença de forma multidimensional, integrando três domínios fundamentais: sintomas, estado funcional e estado mental. Trata-se de um instrumento breve, de fácil aplicação, que pode ser preenchido pela própria pessoa ou administrado com apoio do profissional de saúde. A sua utilização permite recolher informação relativa à intensidade e

frequência dos sintomas respiratórios, ao impacto da doença no desempenho das atividades diárias e à vivência subjetiva da condição crónica. O CCQ apresenta particular relevância no contexto da enfermagem de reabilitação, na medida em que possibilita uma avaliação integrada das repercussões físicas, funcionais e psicológicas da DPOC, favorecendo uma compreensão mais abrangente da condição da pessoa. Segundo van der Molen et al. (2003), este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, sendo considerado válido, fiável e sensível à mudança, o que o torna adequado para a monitorização da evolução clínica e da resposta às intervenções implementadas.

No plano da funcionalidade, recorreu-se ao *Índice de Barthel*, instrumento amplamente reconhecido na avaliação da independência da pessoa nas atividades básicas de vida diária. A sua aplicação pode ser realizada através da observação direta, da entrevista à pessoa e, sempre que necessário, da recolha de informação complementar junto do cuidador ou familiar. O índice contempla atividades essenciais do quotidiano, como a alimentação, o banho, a higiene pessoal, o vestir e despir, a utilização da casa de banho, o controlo dos esfíncteres, as transferências, a deambulação e o uso de escadas. Em cada uma destas atividades é atribuída uma pontuação correspondente ao nível de autonomia ou dependência apresentado pela pessoa, permitindo obter um valor global que traduz o grau de independência funcional. Na pessoa idosa com DPOC, a utilização deste instrumento reveste-se de grande pertinência, dado que a dispneia, a fadiga e a intolerância ao esforço podem comprometer de forma significativa a realização de tarefas básicas do quotidiano. O *Índice de Barthel* permite, assim, identificar áreas de maior dependência, reconhecer capacidades preservadas e orientar intervenções dirigidas à promoção da autonomia, da funcionalidade e do autocuidado. Para além disso, constitui um instrumento útil na monitorização dos ganhos em saúde decorrentes da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Mahoney & Barthel, 1965).

Complementarmente, foi utilizado o *Índice de Tinetti*, instrumento direcionado para a avaliação do equilíbrio e da marcha, com o objetivo de estimar o risco de queda. A sua aplicação baseia-se na observação direta do desempenho da pessoa em diferentes tarefas relacionadas com a mobilidade, nomeadamente o equilíbrio em posição sentada e em ortostatismo, a capacidade de se levantar, o início da marcha, a continuidade e simetria do passo, a estabilidade postural e a capacidade de mudar de direção. O profissional atribui uma pontuação em função da qualidade do desempenho observado, sendo posteriormente obtido um resultado global que permite estimar o grau de compromisso da mobilidade funcional e o risco de queda. Na pessoa idosa com DPOC, este instrumento assume especial relevância,

uma vez que esta população apresenta frequentemente diminuição da tolerância ao esforço, fraqueza muscular, instabilidade postural, lentificação da marcha e medo de cair. A avaliação do equilíbrio e da marcha torna-se, por isso, indispensável para a identificação precoce de alterações nestas áreas e para a implementação de intervenções preventivas, orientadas para o treino de equilíbrio, o fortalecimento muscular, a reeducação da marcha e a promoção da segurança no desempenho das atividades do quotidiano. Segundo Tinetti (1986), este instrumento constitui uma medida útil para a avaliação da mobilidade funcional em pessoas idosas e para a identificação do risco de queda.

Inicialmente e na primeira abordagem todos os participantes foram avaliados com a MMSE, teste de rastreio cognitivo/despiste breve mais utilizado. O MMSE avalia seis domínios cognitivos: orientação; repetição; evocação verbal; atenção e cálculo; linguagem e construção visual. O MMSE é um questionário escrito que tem pontuação máxima de 30 pontos. Pontuações mais baixas indicam problemas cognitivos mais graves. O ponto de corte do MMSE que indica uma função cognitiva “normal” é de 24 pontos.

A utilização articulada da MMSE, mMRC, do CAT, do CCQ, do Índice de Barthel e do Índice de Tinetti permitiu realizar uma apreciação diagnóstica abrangente, coerente com a complexidade da pessoa idosa com DPOC e ajustada aos objetivos da intervenção. Em conjunto, estes instrumentos possibilitaram avaliar a intensidade da dispneia, o impacto global da doença no estado de saúde, o controlo clínico e funcional da DPOC, o estado emocional, a independência nas atividades básicas de vida diária e o risco de queda. Esta abordagem multidimensional favoreceu uma compreensão mais completa da condição da pessoa, sustentando o raciocínio clínico com base em dados estruturados e comparáveis, e permitindo orientar de forma mais precisa o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Deste modo, os instrumentos de apreciação diagnóstica selecionados revelaram-se adequados à especificidade da população-alvo e aos objetivos do projeto de intervenção, constituindo suportes fundamentais para uma prática clínica sistematizada, centrada na pessoa e orientada para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida. Para além de possibilitarem a identificação de necessidades reais e potenciais, estes instrumentos contribuíram para a definição de prioridades de intervenção e para a avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, reforçando a cientificidade e a qualidade do processo de cuidados.

5.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

As considerações éticas constituem um eixo estruturante de qualquer projeto de intervenção em saúde, assumindo particular relevância quando se dirigem a pessoas idosas com doença crónica, como a DPOC, cuja condição clínica é frequentemente acompanhada por limitações funcionais, vulnerabilidade acrescida e maior dependência no autocuidado. Neste contexto, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação exige não apenas fundamentação científica e técnica, mas também um sólido enquadramento ético e deontológico, capaz de sustentar uma prática centrada na pessoa, promotora da dignidade, da autonomia, da segurança e do respeito pelos seus direitos.

O presente projeto de intervenção foi, assim, desenvolvido à luz dos princípios éticos que orientam a prática profissional de enfermagem, designadamente os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, articulados com os referenciais legais e deontológicos aplicáveis ao exercício profissional dos enfermeiros. Em Portugal, o enquadramento jurídico da prática de enfermagem encontra-se definido pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, o qual estabelece que o exercício profissional deve desenvolver-se com responsabilidade, competência e respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Este diploma reforça a natureza relacional, humanista e ética dos cuidados de enfermagem, reconhecendo o enfermeiro como profissional habilitado para intervir na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção social da pessoa (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Acresce que o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redação republicada pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e os princípios constantes do quadro deontológico da profissão conferem particular centralidade ao respeito pela vida, pela dignidade humana, pela liberdade, pela intimidade e pela privacidade da pessoa. Neste sentido, o enfermeiro encontra-se eticamente vinculado à proteção da pessoa em situação de maior vulnerabilidade, devendo assegurar que a sua intervenção decorre num quadro de respeito, confiança, responsabilidade e salvaguarda da informação obtida no contexto dos cuidados (International Council of Nurses, 2021). Tais exigências assumem especial pertinência em projetos de intervenção desenvolvidos com pessoas idosas com DPOC, uma vez que estas podem apresentar limitações físicas, dispneia, fadiga, dependência funcional e, por vezes, fragilidade acrescida, circunstâncias que reforçam a necessidade de uma atuação eticamente sensível e individualizada.

No plano internacional, o International Council of Nurses, através do Code of Ethics for Nurses, reforça que a enfermagem deve ser exercida com base no respeito pelos direitos humanos, pela dignidade, pela justiça social, pela autonomia, pela confidencialidade e pela proteção da privacidade. O mesmo documento salienta que o enfermeiro tem a responsabilidade de garantir que a pessoa dispõe de informação adequada, clara e compreensível, que lhe permita participar ativamente nas decisões relativas ao seu processo de saúde e aos cuidados que lhe são prestados, bem como de proteger os seus dados e a sua esfera privada ao longo de todo o processo assistencial (International Council of Nurses, 2021). Esta perspetiva é particularmente consonante com a enfermagem de reabilitação, cuja intervenção se orienta para a capacitação da pessoa, valorizando a sua participação ativa, os seus recursos, as suas potencialidades e a sua capacidade de adaptação face à doença e às limitações decorrentes da mesma.

No âmbito do presente projeto, o princípio da autonomia foi operacionalizado através do reconhecimento da pessoa idosa com DPOC como sujeito ativo do processo de cuidados, com direito à informação, à participação e à tomada de decisão relativamente às intervenções propostas. A capacitação, enquanto processo central na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, pressupõe precisamente o envolvimento da pessoa na compreensão da sua condição de saúde, na identificação das suas necessidades, na definição de objetivos realistas e na mobilização das suas capacidades para a gestão do regime terapêutico e do autocuidado. Neste sentido, procurou garantir-se que os participantes fossem esclarecidos, de forma adequada à sua condição e literacia, sobre os objetivos e a natureza do projeto, sendo respeitado o seu direito de aceitar, recusar ou interromper a participação sem qualquer prejuízo para a continuidade e qualidade dos cuidados.

Por sua vez, o princípio da beneficência esteve subjacente à conceção e implementação de intervenções orientadas para a promoção de ganhos em saúde, melhoria da funcionalidade respiratória, aumento da tolerância ao esforço, reforço da autonomia no autocuidado e otimização da gestão da doença crónica. Considerando que a DPOC compromete frequentemente a realização das atividades de vida, a mobilidade, a conservação de energia, a gestão da dispneia e a participação da pessoa no seu quotidiano, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação procurou responder a estas necessidades de forma individualizada, promovendo o máximo potencial funcional e a melhor adaptação possível à condição crónica.

Em simultâneo, foi observado o princípio da não maleficência, procurando-se prevenir qualquer risco, desconforto ou dano potencial decorrente das intervenções implementadas.

Tal implicou adequar as estratégias de intervenção à condição clínica, ao nível de dependência, à capacidade funcional, ao estado emocional e ao ritmo de cada participante, respeitando os seus limites e evitando a imposição de exigências desajustadas. Em pessoas idosas com DPOC, esta prudência ética reveste-se de especial importância, na medida em que se trata de uma população frequentemente marcada por vulnerabilidade clínica, flutuação sintomática, comorbilidades e risco acrescido de exaustão, ansiedade e descompensação funcional.

O princípio da justiça esteve igualmente presente ao longo do projeto, traduzindo-se na garantia de respeito, equidade e não discriminação no acesso às intervenções e na relação estabelecida com os participantes. Todos os participantes foram considerados na sua singularidade, sem discriminação em função da idade, sexo, condição socioeconómica, nível de dependência, literacia ou gravidade da doença, tendo sido assegurada uma abordagem ética e clinicamente ajustada às necessidades específicas de cada pessoa. Esta perspetiva é coerente com a natureza humanista da enfermagem e com a responsabilidade social inerente ao exercício profissional.

No que respeita à proteção da informação, constituíram preocupações centrais deste projeto a salvaguarda da confidencialidade, da proteção dos dados pessoais e do anonimato dos participantes. Toda a informação recolhida foi tratada de forma reservada, utilizada exclusivamente para os fins inerentes ao projeto e organizada de modo a impedir a identificação direta ou indireta das pessoas envolvidas. Foram, deste modo, salvaguardadas a confidencialidade dos dados e o direito à proteção dos dados pessoais, garantindo-se o anonimato dos participantes em todos os registos, análises e formas de apresentação dos resultados. Esta salvaguarda assume particular relevância no contexto da saúde, uma vez que os dados clínicos e pessoais relativos à condição de saúde constituem informação sensível, cuja proteção se reveste de exigência ética e legal reforçada.

Neste domínio, foi considerado o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, designado Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, o qual estabelece princípios fundamentais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais, nomeadamente a licitude, lealdade, transparência, limitação da finalidade, minimização dos dados, integridade e confidencialidade. O mesmo regulamento atribui especial proteção aos dados relativos à saúde, exigindo que a sua recolha, utilização e conservação obedeçam a critérios rigorosos de necessidade, proporcionalidade e segurança (Regulamento [UE] 2016/679, 2016). A consideração destes princípios permitiu sustentar um tratamento responsável e eticamente adequado da informação recolhida no decurso do

projeto.

Como enquadramento ético complementar, importa ainda referir a Declaração de Helsínquia da World Medical Association, enquanto referencial internacional amplamente reconhecido na proteção da pessoa em contextos de investigação e intervenção em saúde. Embora classicamente associada à investigação biomédica, esta declaração reafirma princípios aplicáveis a qualquer intervenção com pessoas, destacando a primazia da dignidade, dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes relativamente a quaisquer outros interesses (World Medical Association, 2013). A sua consideração reforça a legitimidade ética do projeto, sublinhando que a intervenção em saúde deve ser sempre conduzida com centralidade na pessoa e absoluto respeito pela sua condição humana.

Deste modo, o presente projeto de intervenção procurou desenvolver-se de forma eticamente responsável, juridicamente enquadrada e deontologicamente sustentada, em consonância com os valores estruturantes da profissão de enfermagem e com os pressupostos da enfermagem de reabilitação. A observância dos princípios éticos ao longo de todo o processo constituiu uma condição essencial para garantir a qualidade, a segurança e a integridade da intervenção, promovendo uma prática centrada na pessoa idosa com DPOC, respeitadora da sua dignidade, autonomia, privacidade e direitos. Mais do que uma exigência normativa, a ética constituiu, neste projeto, um fundamento indispensável para a construção de uma intervenção terapêutica humanizada, participada e orientada para a capacitação da pessoa e para a promoção de ganhos sensíveis em saúde.

5.4. PLANO DE INTERVENÇÃO

Na pessoa idosa com DPOC, a implementação de um programa de reabilitação exige uma abordagem especializada, sistemática e centrada na pessoa, capaz de integrar as dimensões respiratória, funcional, educativa, emocional e social do cuidado. Neste contexto, o EEER assume um papel determinante, pela sua competência para avaliar limitações funcionais, identificar potencial de reabilitação, planear intervenções individualizadas e promover processos de capacitação ajustados às necessidades da pessoa idosa e ao seu contexto de vida. Assim, os componentes-chave de um programa de reabilitação da pessoa idosa com DPOC devem ser entendidos não apenas como áreas técnicas de intervenção, mas como focos de atuação especializada do EEER, orientados para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida.

Os componentes-chave das intervenções num programa de capacitação da pessoa idosa

com DPOC são:

- RFR;
- Treino de exercício e o condicionamento ao esforço;
- A educação para a saúde e a capacitação para a autogestão da doença;
- A cessação tabágica;
- Técnicas de conservação de energia para as atividades do dia a dia;
- Apoio psicossocial e emocional;
- Prevenção de exacerbações;

Encontram no EEER um profissional com competências diferenciadas para a sua avaliação, planeamento e implementação. A sua intervenção especializada permite estruturar cuidados intencionais, individualizados e orientados para a capacitação da pessoa idosa, promovendo ganhos em saúde, autonomia funcional e qualidade de vida (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR], 2022; GOLD, 2024; Lamberton & Mosher, 2024; Spruit et al., 2013).

Reabilitação Funcional Respiratória

A RFR, consiste num conjunto de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento e pode ser plicado em qualquer contexto da prática clínica e em diferentes situações, agudas ou crónicas. A utilização do movimento de forma a estabelecer o padrão funcional da respiração é a sua base e permite melhorar a ventilação alveolar (OE, 2019).

O envolvimento da família e/ou cuidador e a articulação entre internamento e comunidade constitui uma área nuclear da intervenção do EEER. Esta compreende o ensino, treino e supervisão de estratégias que permitam melhorar o padrão ventilatório, reduzir o trabalho respiratório e controlar a dispneia, designadamente através de técnicas como a respiração diafragmática, a expiração com lábios semicerrados, o controlo respiratório e a adoção de posições de alívio da dispneia. Segundo Spruit et al. (2013), a reabilitação pulmonar integra intervenções individualizadas destinadas a melhorar a condição física e psicológica da pessoa com doença respiratória crónica, sendo a gestão da dispneia e a otimização do desempenho funcional elementos centrais deste processo. Neste domínio, o EEER intervém de forma especializada ao treinar a pessoa idosa para utilizar técnicas respiratórias eficazes durante o repouso e durante a atividade, promovendo maior tolerância

ao esforço e melhor adaptação às limitações impostas pela doença.

Ensinos direcionados para a RFR:

- Instrução e treino da posição de descanso e relaxamento, com o objetivo de reduzir a tensão psíquica e diminuir a sobrecarga muscular, permitindo à pessoa o controlo da respiração e participação nos exercícios bem como o relaxamento dos músculos acessórios da respiração. (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018);
- Instrução e treino do controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios objetivando melhorar a reexpansão pulmonar e a ventilação pulmonar, é uma das primeiras e principais técnicas utilizadas na RFR. A tomada de consciência dos tempos respiratórios, inspiração e expiração, assim como, da correta respiração, permite melhor coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, promovendo o relaxamento físico e psíquico e uma respiração mais eficaz. A técnica consiste na inspiração lenta pelo nariz e expiração lenta e prolongada pela boca com os lábios semicerrados (Cordeiro & Menoita, 2012).
- Reeducação abdomino-diafragmática, esta técnica consiste na inspiração lenta e profunda pelo nariz, direcionando o ar para o abdómen, e posteriormente uma expiração lenta pela boca com os lábios semi-serrados, possibilitando a redução do trabalho respiratório, mas melhorando a eficiência da ventilação, trocas gasosas e oxigenação (Cordeiro & Menoita, 2012);
- Instrução e treino de técnicas de permeabilização e limpeza das vias aéreas, sobretudo em doentes com hipersecreções brônquicas ou tosse ineficaz. Pode utilizar-se a tosse dirigida e a huffing ou expiração forçada. Estas intervenções favorecem a mobilização e eliminação de secreções, contribuem para a melhoria da ventilação e ajudam a prevenir complicações infecciosas e agravamento da obstrução brônquica (Cordeiro & Menoita, 2012).
- Instrução e treino sobre técnicas de correção postural, promovendo a ventilação adequada, prevenindo e corrigindo defeitos posturais (Cordeiro & Menoita, 2012).
- Instrução e treino sobre reeducação costal com ou sem recurso a dispositivo, consiste num conjunto de técnicas e exercícios dirigidos a melhoria da mobilidade da caixa torácica e a promoção de uma ventilação mais eficaz e coordenada. É útil quando se observa um padrão respiratório superficial, uso excessivo de musculatura acessória e redução da mobilidade costal associada a Hiperinsuflação pulmonar. Pode ser

executada globalmente (reeducação costal global) ou selecionando uma parte do tórax (reeducação costal seletiva). O EEER coloca as mãos sobre a região torácica que pretende estimular, e orienta a pessoa para realizar uma inspiração lenta e profunda pelo nariz, procurando “dirigir o ar” para a zona onde sente o contacto das mãos. Durante a inspiração, pode ser feita uma facilitação manual suave no sentido de orientar a expansão costal. Em seguida, a pessoa realiza uma expiração lenta e prolongada, preferencialmente com os lábios semicerrados, promovendo o esvaziamento pulmonar e o relaxamento da musculatura respiratória. (Cordeiro & Menoita, 2012).

Os ensinamentos foram complementados pela entrega de um panfleto educativo, especificamente orientado para a realização de exercícios respiratórios na pessoa idosa com DPOC, com objetivo de reforçar a aprendizagem e promover a sua continuidade no domicílio (Apêndice 1).

Treino de exercício e condicionamento ao esforço

O treino de exercício e o condicionamento ao esforço é outro componente fundamental, entendido como um dos pilares da reabilitação pulmonar. A pessoa idosa com DPOC apresenta frequentemente descondição física, diminuição da força muscular, intolerância ao esforço e limitação da mobilidade, fatores que contribuem para a perda progressiva de independência. A evidência demonstra que a reabilitação pulmonar melhora a dispneia, a capacidade de exercício e a qualidade de vida, incluindo após exacerbações (Lamberton et al., 2024). Neste âmbito, compete ao EEER avaliar a capacidade funcional da pessoa, definir objetivos realistas e implementar programas de exercício adaptados, que podem incluir mobilização, treino de marcha, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e exercícios de resistência. A intervenção do EEER é particularmente relevante na monitorização da resposta ao esforço, na adaptação progressiva das atividades e na promoção de segurança durante o treino, sobretudo numa população idosa mais vulnerável à fadiga, ao medo do esforço e ao risco de queda.

Ensinamentos direcionados para o treino de exercício e o condicionamento ao esforço:

- Instrução e treino fortalecimento muscular dos bíceps, contribui para melhorar a

capacidade funcional dos membros superiores, permitindo nestes doentes desenvolverem atividades diárias simples como pentear-se ou comer com maior facilidade. Esta técnica consiste na flexão do antebraço com halter – sentada, braço em supinação e regresso a posição inicial. (Ribeiro, 2021)

- Instrução e treino de fortalecimento muscular dos tríceps, sendo um músculo que participa principalmente na extensão do cotovelo, é fundamental em movimentos como empurrar levantar-se com apoio dos braços, reposicionar-se na cama ou na cadeira entre outros. Esta técnica consiste na extensão dos antebraços com halter – na posição de sentada. (Ribeiro, 2021)
- Instrução e treino de fortalecimento muscular dos ombros, a musculatura deltóide e estabilizadora da cintura escapular, tem grande importância, uma vez que os ombros intervêm em inúmeros movimentos do dia a dia, vestir-se, pentear-se, comer, higiene oral entre outras. Esta técnica consiste na abdução dos braços com halteres e retorno a posição inicial – sentada. (Ribeiro, 2021)
- Instrução e treino de fortalecimento muscular dos peitorais, pode assumir um papel de músculo acessório da respiração, especialmente em situações de aumento do trabalho respiratório e dispneia. Esta técnica consiste na abdução-adução dos membros superiores (Braço e antebraço com ângulo de 90° - sentado. (Ribeiro, 2021)
- Instrução e treino de fortalecimento muscular de quadríceps, sendo um grupo muscular essencial para a mobilidade, desempenham um papel fundamental em movimentos como levantar-se da cadeira e descer e subir escadas. Esta técnica consiste em sentar-se e levantar-se da cadeira sem recuso aos membros superiores. (Ribeiro, 2021)
- Instrução e treino de fortalecimento muscular dos bíceps femoral, enquanto músculo integrante do grupo dos isquiotibiais, é importante na pessoa com DPOC porque contribui para a melhoria da mobilidade funcional, da estabilidade postural e da capacidade da marcha. Esta técnica consiste na flexão do joelho em pé, com ou sem pesos no terço inferior da tíbia e do perónio, e retorno a posição inicial. (Ribeiro, 2021)
- Instrução e treino de fortalecimento muscular do gastrocnémio, este músculo desempenha um papel fundamental na marcha, no equilíbrio, na propulsão do corpo para a frente e na manutenção da estabilidade em ortostatismo. Esta técnica consiste na extensão da tibiotársica, com movimento de elevação dos calcanhares, mantendo o tronco reto e os joelhos em extensão. (Ribeiro, 2021)
- Instrução e treino de fortalecimento muscular dos adutores/abdutores dos membros

inferiores, desempenham um papel essencial na estabilidade corporal, controlo postural, na marcha e na realização segura de transferências. Esta técnica consiste na adução e abdução da anca, em pé, com ou sem pesos no terço inferior da tíbia e perónio. (Ribeiro, 2021)

Educação para a saúde e capacitação para a autogestão da doença

A educação para a saúde e a capacitação para a autogestão da doença constituem igualmente componentes centrais da intervenção especializada do EEER. A GOLD (2024), recomenda que a abordagem à pessoa com DPOC inclua:

- Educação sobre a doença;
- Monitorização da técnica inalatória, ensino de técnica inalatória correta;
- Adesão à terapêutica, com a explicação da finalidade e utilização da terapêutica;
- Redução da exposição a fatores de risco.

Neste sentido, o EEER assume um papel decisivo na transmissão de informação compreensível e adaptada à literacia da pessoa idosa, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos e competências que favoreçam a participação ativa no processo de cuidados. Mais do que informar, o EEER capacita a pessoa idosa para gerir a doença no quotidiano, reforçando a sua autonomia e confiança.

Os ensinamentos foram complementados pela entrega de um panfleto educativo, especificamente orientado para a realização da Técnica inalatória correta com câmara expansora, com objetivo de reforçar a aprendizagem e promover a sua continuidade no domicílio (Apêndice 2).

Cessação tabágica

A cessação tabágica representa também uma área prioritária de intervenção, sempre que a pessoa mantenha hábitos tabágicos ou exposição persistente a fatores nocivos. As orientações da GOLD (2024) identificam esta intervenção como essencial em todas as pessoas com DPOC que continuam a fumar. Embora frequentemente associada a uma

perspetiva médica ou de saúde pública, a cessação tabágica é igualmente um domínio de intervenção do EEER, no quadro da educação para a saúde e da promoção de comportamentos saudáveis. O especialista pode intervir através do aconselhamento, da motivação para a mudança, do reforço dos benefícios da cessação e do encaminhamento para recursos ou programas de apoio, integrando esta abordagem no plano global de reabilitação. Na pessoa idosa, esta intervenção deve ser conduzida com sensibilidade e sem pressupostos de inutilidade terapêutica, valorizando os benefícios possíveis em qualquer fase do curso de vida.

Técnicas de conservação de energia

As técnicas de conservação de energia constituem outro componente-chave, particularmente relevante para a intervenção do EEER junto da pessoa idosa com DPOC. A AACVPR (2022) inclui as estratégias de poupança de energia e de gestão de sintomas entre os conteúdos dos programas de reabilitação pulmonar. Estas estratégias envolvem a planificação e distribuição das atividades ao longo do dia, a alternância entre esforço e repouso, a simplificação de tarefas, a reorganização do ambiente e a adequação do ritmo de execução. A intervenção do EEER assume aqui particular valor, uma vez que este profissional está habilitado a treinar a pessoa na adaptação funcional das atividades, ajudando-a a executar tarefas do quotidiano com menor dispneia e menor dispêndio energético. Desta forma, favorece-se a manutenção da autonomia nas atividades de vida diária e reduz-se o impacto funcional da doença.

Em estreita ligação com esta dimensão, surge a promoção da funcionalidade nas atividades de vida diária, que constitui um foco privilegiado da enfermagem de reabilitação. A limitação funcional da pessoa idosa com DPOC não decorre apenas da obstrução respiratória, mas da interação entre dispneia, fadiga, perda de força, comorbilidades e diminuição da confiança no desempenho das tarefas. O EEER desempenha um papel central na avaliação do desempenho funcional, na identificação de dificuldades concretas nas atividades básicas e instrumentais e na implementação de estratégias compensatórias, adaptativas e de treino funcional. Esta intervenção visa preservar o autocuidado, prevenir a dependência e promover a participação ativa da pessoa no seu quotidiano, em consonância com os objetivos da reabilitação pulmonar descritos por Spruit et al. (2013).

Os ensinamentos foram complementados pela entrega de um panfleto educativo, especificamente orientado para a realização das atividades de vida diárias na pessoa com

DPOC (Técnicas de conservação de energia), com objetivo de reforçar a aprendizagem e promover a sua continuidade no domicílio (Apêndice 3).

Apoio psicossocial e emocional

O apoio psicossocial e emocional é igualmente um componente importante da intervenção. A DPOC associa-se frequentemente a ansiedade, medo da dispneia, sentimentos de incapacidade, humor depressivo e isolamento social, fatores que comprometem a adesão ao tratamento e agravam a limitação funcional. A reabilitação pulmonar deve integrar suporte emocional e estratégias de adaptação psicossocial (AACVPR, 2022; Spruit et al., 2013). Neste plano, o EEER tem um papel relevante na promoção da motivação, no reforço positivo, na escuta ativa e no apoio à adaptação da pessoa à sua condição crónica. Na pessoa idosa, esta dimensão assume ainda maior relevância, considerando as perdas funcionais, a fragilidade e, por vezes, a escassez de suporte social, que podem intensificar o sofrimento emocional e limitar o envolvimento no processo de reabilitação.

Prevenção de exacerbações e complicações

A prevenção de exacerbações e complicações constitui também uma área transversal da atuação do EEER. A GOLD (2024) enquadra a autogestão, a atividade física, a monitorização e a reabilitação pulmonar como componentes fundamentais da abordagem da DPOC, com impacto na redução do risco de internamento e reinternamento.

Ensinos direcionados para a prevenção de exacerbações e complicações:

- Instruir e providenciar material educativo sobre identificação precoce de sinais de agravamento;
- Instruir sobre a importância da adesão terapêutica;
- Instruir sobre importância da vacinação;
- Instruir sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e prevenção do sedentarismo;

Esta abordagem permite reduzir a instabilidade clínica, preservar a funcionalidade e

melhorar a segurança da pessoa idosa no seu quotidiano.

Os ensinamentos foram complementados pela entrega de um panfleto educativo, especificamente orientado para a prevenção de exacerbações, com o objetivo de reforçar a aprendizagem e promover a sua continuidade no domicílio (Apêndice 4).

Envolvimento da família e/ou cuidador

Por fim, o envolvimento da família e/ou cuidador e a articulação entre internamento e comunidade são componentes fundamentais, especialmente quando se trata da pessoa idosa com DPOC. A continuidade dos cuidados constitui uma condição essencial para a manutenção dos ganhos obtidos durante o internamento e para a integração das estratégias aprendidas no contexto domiciliário. Neste domínio, o EEER assume um papel de charneira, ao promover o ensino ao cuidador, preparar a alta, articular intervenções entre os diferentes contextos assistenciais e adequar o plano terapêutico à realidade do domicílio. Segundo Spruit et al. (2013), a reabilitação pulmonar deve ser entendida no quadro de uma abordagem integrada e contínua, o que reforça a importância da intervenção do EEER na transição de cuidados e na sustentabilidade do processo de reabilitação.

6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E APRECIACÃO DIAGNÓSTICA

6.1. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA POPULAÇÃO

Relativamente à avaliação cognitiva, foi aplicado o questionário MMSE a todas as participantes. MMSE é um instrumento simples de aplicar e permite obter uma avaliação rápida sobre as funções cognitivas, identificando déficits em diferentes domínios cognitivos, como a orientação espaço-temporal, a linguagem, memória, atenção e cálculo. Na tabela abaixo (Tabela 8), são apresentados os resultados dos participantes neste programa após aplicação da MMSE.

TABELA 8 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A CAPACIDADE COGNITIVA (MMSE)

Participantes	A	B	C	D	E
Orientação	10	10	10	10	10
Retenção	3	3	2	3	3

Atenção e cálculo	5	5	5	5	5
Evocação	3	3	2	3	2
Linguagem	8	8	7	8	7
Habilidade construtiva	1	1	0	1	0
Total	30	30	26	30	27

Fonte: Própria

Relativamente à capacidade cognitiva todos os participantes da amostra apresentavam scores dentro do patamar da normalidade a nível das funções cognitivas, não apresentando demências ou diminuição das capacidades cognitivas, apresentando scores que variavam entre os 26 e 30 pontos. Todos os participantes da amostra se encontravam calmos, conscientes e orientados nas três esferas, quanto ao tempo, espaço e à pessoa.

TABELA 9 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AOS CONHECIMENTOS DOS PARTICIPANTES DEMONSTRADOS

	A	B	C	D	E	%
Conhecimento sobre exercícios respiratórios	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim 20%
						Não 80%
Hábitos de exercício físico	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim 40%
						Não 60%
Técnica correta de administração de Terapêutica inalatória com camara expansora	sim	Não	Não	Não	Sim	Sim 0%
						Não 100%
Hábitos tabágicos	Não	sim	sim	Não	Não	Sim 40%
						Não 60%
Reconhecer sinais de exacerbações	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim 60%
						Não 40%
Técnicas de conservação de energia	Não	Não	Não	Não	Não	Sim 0%
						Não 100%

Fonte: própria

Procedeu-se a validação dos conhecimentos dos participantes sobre a DPOC, abrangendo domínios essenciais à capacitação para a execução de exercícios respiratórios, a prática de atividade física, a técnica correta de administração de terapêutica inalatória, a cessação tabágica, o reconhecimento de sinais e sintomas de exacerbação da doença e a utilização de técnicas de conservação de energia. Desta forma, dos resultados obtidos (tabela 9), apenas 20% tinha conhecimentos sobre executar exercícios respiratórios, embora todos confirmassem que já tinham tido contato com profissionais que já teriam previamente falado sobre este tema, no entanto apenas um soube exemplificar algum exercício. Apenas 40% tinha hábitos de exercício físico e mesmo assim não eram regulares. Foi pedido a cada participante para executar autonomamente a terapêutica inalatória com câmara expansora e da amostra nenhum participante executava corretamente a terapêutica inalatória, não sabia os cuidados a ter após inalação e não sabia como higienizar a câmara expansora. Nesta amostra 40% referiu ter hábitos tabágicos e os outros 60% hábitos tabágicos ou não fumavam ou já tinham cessado hábitos tabágicos há mais de 10 anos. Da amostra 60% dos participantes souberam reconhecer sinais de exacerbações e como atuar, no entanto, nenhum tinha conhecimentos sobre estratégias a adotar para desenvolver as atividades de vida diárias mais facilmente (técnicas de conservação de energia).

6.2. ESTUDOS DE CASO

Estudo de caso A

A Sra. M.M. de 71 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana. Reformada (trabalhou em fábrica de metalomecânica).

Tem antecedentes pessoais de Doença Obstrutiva Crónica (DPOC) com agudizações frequentes; Diabetes Mellitus tipo 2 (DMTII), Hipertensão arterial (HTA), Obesidade, dislipidemia (DLP), Glaucoma e Ex fumadora (cerca de 30 cigarros por dia).

Vive sozinha, mas o filho mora perto e presta apoio. Segundo descrição da doente, a habitação é térrea sem degraus, com iluminação natural em todas as divisões e tem um pequeno quintal onde se pode entreter.

É uma senhora comunicativa, dedica-se as tarefas da sua casa durante a parte da manhã e recorre frequentemente ao seu quintal para apanhar ar, de tarde após o almoço tem por hábito encontrar algumas amigas no jardim perto da sua casa para irem ao café. Refere que já deixou

de fumar há cerca de 10 anos. Enquanto permanece em casa, alterna períodos de trabalho com as tarefas diárias e períodos de descanso no sofá da sala a ver televisão.

A Sra. M.M. é autónoma nas atividades de vida diárias (AVD'S). Realiza a sua higiene no wc diariamente. Refere não apresentar dificuldade em vestir-se.

A alimentação é confeccionada pela mesma e gosta de comer na sala para poder ver televisão. Refere algum cansaço quando realiza as tarefas em casa, tendo de fazer algumas pausas, não refere cansaço ao deambular até ao café ou ao jardim, pois a distância é muito curta. Apresenta algumas limitações ao nível do conhecimento sobre técnicas de conservação de energia, nomeadamente na realização de marcha e posições de descanso e relaxamento.

História do internamento atual

A Sra. M.M. veio transferida no dia 18/05/2025 do Hospital de São José para o Hospital de Santa Maria, ao cuidado da Medicina Interna por apresentar o diagnóstico de DPOC agudizada, polipneica com hipercapnia e hipoxemia, sem etiologia identificada, sem alterações parenquimatosas em radiografia ao Torác. Após observação, apresentava-se consciente, lúcida e orientada nas três esferas, espaço, tempo e pessoa. Demonstrou-se colaborante dentro das suas possibilidades. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Apirética e dispneica em repouso. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, com roncos de transmissão e fervores nas bases. Abdómen volumoso, mole depressível e indolor à palpação. Exame neurológico sem alterações. Com oxigenoterapia a 3 L/min com SPO2 a 90%.

Fica com Indicação para Iniciar reabilitação respiratória, de realizar VNI (ventilação mecânica não invasiva) no período da noite + 2h na manhã + 2h de tarde.

Avaliação no âmbito de enfermagem de reabilitação

A intervenção no âmbito de Enfermagem de Reabilitação junto da Sra. M.M. teve início no dia 21/05, e teve a última intervenção no dia da alta a 3/06, durante as sessões a senhora manteve-se calma, vígil, consciente, lúcida e orientada no tempo, espaço e pessoa.

TABELA 10 - AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS DO PARTICIPANTE A ANTES E DEPOIS DAS INTERVENÇÕES DO ER

	21/5	26/5	28/05	3/06
--	------	------	-------	------

	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Tensão arterial	118/58	116/61	114/55	120/62	103/77	100/78	109/72	105/77
Frequência cardíaca	88	91	84	98	86	91	79	88
SPO2 (%)	92 c/ O2 a 3L/min	93 c/ O2 a 3L/min	94 c/ O2 a 2L/min	95 c/ O2 a 2L/min	96 c/O2 a 1L/min	96 s/O2	96	97
Temperatura	36,6	36,8	36	36,1	37		36,1	
Dor	0	0	0	0	0	0	0	0
Auscultação	Murmúrio vesicular diminuído bilateral com roucos de transmissão e fervores nas bases		Murmúrio vesicular diminuído bilateral nas bases		Murmúrio vesicular mantido		Murmúrio vesicular mantido	
Frequência respiratória (cr/min)	20	21	18	20	18	19	19	19

Fonte: Própria

Como podemos observar na tabela 10, sem queixas álgicas, segundo a Escala Numérica. Durante todas as sessões de intervenções manteve-se hemodinamicamente estável. Apresenta uma respiração simétrica, regular, superficial, toracoabdominal com suporte de oxigenoterapia a 3 litros/minuto por óculos nasais e com uma frequência respiratória, em média, de 18 a 21 ciclos por minuto. Apresenta acessos de tosse com expetoração amarela em pequena quantidade. Sem adejo nasal, apresentando tiragem, mas sem ingurgitamento jugular. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído em ambos hemitórax e com discretos fervores crepitantes nas bases pulmonares e roncos dispersos, ao longo das sessões foi melhorando a auscultação, ficando no momento da alta com murmúrio vesicular mantido.

Quanto à dispneia, a senhora foi melhorando ao longo das sessões de reabilitação, como podemos verificar na tabela 11, terminando no momento da alta com falta de ar apenas em caso de pressa ou em piso ligeiramente inclinado.

TABELA 11 - AVALIAÇÃO DA DISPNEIA (mMRC) SENTIDA PELA PARTICIPANTE A

	21/05	26/05	28/05	03/06
Dispneia	4	3	2	1

Fonte: própria

Quanto ao equilíbrio e a marcha, a participante apresentava equilíbrio dinâmico mantido na posição ortostática, apresentando um score de 16 /16 no Índice de Tinetti – Equilíbrio. E um score de 10/12 no Índice de Tinetti – Marcha, ligeiramente comprometido devido ao cansaço a pequenos esforços. Ao longo das sessões de reabilitação foi melhorando da parte respiratória e no momento da alta tinha equilíbrio e marcha mantida, como podemos observar na tabela 12.

TABELA 12 - AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO (ÍNDICE DE TINETTI)

	21/05	26/05	28/05	03/06
Equilíbrio				
Equilíbrio sentado	1	1	1	1
levantando	2	2	2	2
Tentativas de levante	2	2	2	2
Assim que se levanta (3-5s)	2	2	2	2
Equilíbrio em pé	2	2	2	2
Teste dos 3 tempos (empurrar levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pes juntos)	2	2	2	2
Olhos fechado (mesma posição do item 6)	1	1	1	1
Girando 360°	2	2	2	2
sentado	2	2	2	2
Total	16/16	16/16	16/16	16/16
Marcha				

Início da marcha	1	1	1	1
Comprimento da altura dos passos	4	4	4	4
Simetria dos passos	0	1	1	1
Continuidade dos passos	0	0	1	1
Direção	2	2	2	2
Tronco	2	2	2	2
Distância dos tornozelos	1	1	1	1
Total	10/12	11/12	12/12	12/12
Total equilíbrio + marcha	26/28	27/28	28/28	28/28

Fonte: Própria

No que respeita aos autocuidados encontra-se dependente nos autocuidados higiene e vestuário, transferir-se e posicionar-se e no uso do WC devido a sua situação de dispneia e necessita de ajuda nos restantes autocuidados, alimentar-se e beber, apresenta um score de 25/100 no Índice de Barthel. A participante veio ao longo das sessões de reabilitação a ganhar autonomia na realização das atividades de vida diárias, acabando no momento da alta por realizá-las autonomamente, 100/100 no Índice de Barthel, como podemos verificar na tabela 13.

TABELA 13 - AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ÍNDICE DE BARTHEL)

	21/05	26/05	28/05	03/06
Alimentação	5	5	10	10
Higiene	0	5	5	5
Vestuário	5	10	10	10
Cuidado pessoal	5	5	5	5
Dejeção	5	10	10	10
Micção	0	5	10	10
Usar casa de banho	0	10	10	10
Mobilização	5	10	15	15
Deambular	0	5	5	15
Subir e descer escadas	0	5	5	10
Total	25	70	85	100

Fonte: Própria

A evolução dos scores nas escalas de CAT e CCQ ao longo das sessões de reabilitação evidencia uma diminuição do impacto da DPOC na qualidade de vida da pessoa idosa, sugerindo a eficácia das intervenções implantadas, como observamos na tabela 14 e 15.

TABELA 14 - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DPOC NA QUALIDADE DE VIDA DO PARTICIPANTE A (CAT)

	21/05	26/05	28/05	03/06
Tosse	4	4	3	2
Presença de secreções no peito	4	3	2	2
Presença de pressão no peito	2	2	2	2
Presença de falta de ar quando subo uma ladeira ou um lance de escadas	5	4	3	1
Limitação nas atividades de vida	5	4	3	2
Confiança para sair de casa apesar da DPOC	5	5	3	2
Sono	4	3	2	2
Energia	5	4	3	2
Total	34	29	21	15

Fonte: Própria

TABELA 15 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FUNCIONAIS, SINTOMAS E ESTADO MENTAL DO PARTICIPANTE A COM DPOC (CCQ)

	1ª Avaliação	4ª Avaliação
Nos últimos 7 dias:		
Presença de falta de ar em repouso	5	2
Presença de falta de ar ao esforço físico	6	3
Preocupado com o agravamento da dispneia	6	6

Presença de tristeza devido aos problemas respiratórios	5	4
Nos últimos 7 dias:	6	4
Presença de tosse		
Presença de expetoração	6	4
Nos últimos 7 dias sentir-se limitado na realização de:	5	4
Atividades que requerem esforço físico considerável		
Atividades que requerem esforço físico moderado	3	2
Atividades de vida diárias	3	1
Atividades sociais	2	0
Total	48	30

Fonte: Própria

Estudo de caso B

O Sr JF. de 67 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana. Sob Oxigenoterapia de longa duração (OLD) no domicílio, 2 L/Min em repouso e 4 L/min em esforço, refere baixa tolerância ao esforço. Recorreu por um quadro de maior cansaço e astenia, para esforços progressivamente menores, com queixas de dispneia e tosse produtiva (expetoração esbranquiçada) e com grande dificuldade em mobilizar as secreções, fica internado no 15/5. Tem antecedentes pessoais de DPOC tabágica, HTA, DLP e Insuficiência renal crónica. Vive sozinho, não tem filhos. Segundo descrição do doente, a habitação é térrea sem degraus. O senhor introvertido, pouco comunicativo, refere sair pouco de casa pois refere cansaço fácil. Refere que já deixou de fumar há cerca de 20 anos. Independente nas atividades de vida diárias, recorre diariamente a um take away ao pé da sua casa, que lhe prepara o almoço e o jantar. Tem ajuda de uma terceira pessoa que lhe realiza as tarefas de casa e a limpeza da mesma.

História do internamento atual

O Sr. J.F ficou internado no dia 16/05/2025 com Diagnóstico de DPOC agudizada e pneumonia adquirida na comunidade, com acidemia respiratória, à entrada eupneico em repouso com VNI contínuo, rx torax com infiltrado heterogéneo bilateral. Foi gradualmente diminuído o tempo de VNI, inicialmente com pausas apenas para as refeições, cujo tempo foi sendo aumentado. Teve indicação para iniciar RFR a 22/5, a cumprir VNI noturno+2h de manhã e 2h a tarde. Após observação, apresentava-se consciente, lúcido e orientado nas três esferas, espaço, tempo e pessoa. Demonstrou-se colaborante dentro das suas possibilidades, com dificuldade respiratória a pequenos esforços. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Apirético e dispneico em repouso. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído bilateral. Abdómen volumoso, mole depressível e indolor à palpação. Exame neurológico sem alterações. Com oxigenoterapia a 3 L/min com SPO2 a 88%.

Avaliação no âmbito de enfermagem de reabilitação

A intervenção no âmbito de Enfermagem de Reabilitação junto da Sr. J.F teve início no dia 22/05, e teve a última intervenção no dia da alta a 6/06, durante as sessões o Sr. J.F manteve-se calmo, vígil, consciente, lúcido e orientado no tempo, espaço e pessoa.

TABELA 16 - AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS ANTES E DEPOIS DAS INTERVENÇÕES DO ER

	22/5		27/5		29/05		6/06	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Tensão arterial	143/81	145/83	155/81	155/84	103/77	100/78	109/72	105/77
Frequência cardíaca	74	82	81	100	86	91	79	88
SPO2 (%)	88 c/ O2 a 3L/min	89 c/ O2 a 3L/min	90 c/ O2 a 2L/min	92 c/ O2 a 2L/min	92 c/O2 a 2L/min	92 c/O2 a 2L/min	92 c/O2 a 2L/min	92 c/O2 a 2L/min
Temperatura	36	36	37	37,1	37	37	36,1	36,2
Dor	0	0	0	0	0	0	0	0
Auscultação	Murmúrio vesicular		Murmúrio vesicular diminuído		Murmúrio vesicular		Murmúrio vesicular mantido	

	diminuído nas bases		bilateral nas bases		diminuído nas bases			
Frequência respiratória (b/min)	22	24	20	22	18	19	20	21

Fonte: Própria

Conforme se pode verificar na tabela 16, sem queixas álgicas, segundo a Escala Numérica. Durante todas as intervenções do ER, manteve-se hemodinamicamente estável. Apresenta uma respiração simétrica, regular, superficial, toracoabdominal com suporte de oxigenoterapia a 3 litros/minuto por óculos nasais e com uma frequência respiratória, em média, de 18 a 24 ciclos por minuto. Apresenta acessos de tosse com expectoração esbranquiçada que conseguiu expelir ao longo das sessões. Sem adejo nasal, apresentando tiragem, mas sem ingurgitamento jugular. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído nas bases de ambos os hemitórax, ao longo das sessões foi melhorando a auscultação, ficando no momento da alta com murmúrio mantido.

Quanto a dispneia, o Sr. J.F iniciou as sessões com uma autoavaliação da escala mMRC de 4, foi melhorando ao longo das sessões de reabilitação, terminando no momento da alta com Grau 2, como se pode verificar na tabela 17, necessidade de parar para respirar quando anda ao seu passo normal, que segundo ele já acontecia anteriormente a esta agudização.

TABELA 17 - AVALIAÇÃO DA DISPNEIA (MMRC)

	22/5	27/5	29/05	6/06
Dispneia	4	3	3	2

Fonte: própria

Quanto ao equilíbrio e a marcha, o participante quando iniciou apresentava alterações do equilíbrio dinâmico um score de 6 /16 no Índice de Tinetti – Equilíbrio. E um score de 3/12 no Índice de Tinetti – Marcha, devido à dificuldade respiratória a pequenos esforços que apresentava, ao OLD que já fazia no domicílio e que com esta exacerbação de sintomas acabou por ficar ainda mais comprometido. Ao longo das sessões de reabilitação foi melhorando da parte respiratória e no momento da alta tinha equilíbrio quase mantido e a marcha bastante melhorada.

Ao longo das sessões de reabilitação foi melhorando e no momento da alta tinha equilíbrio e marcha quase atingidos na sua totalidade como demonstra a tabela 18.

TABELA 18 - AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO (ÍNDICE DE TINETTI)

	22/5	27/5	29/05	6/06
Equilíbrio				
Equilíbrio sentado	1	1	1	1
levantando	0	0	1	1
Tentativas de levante	0	0	1	2
Assim que se levanta (3-5s)	0	1	1	2
Equilíbrio em pé	1	1	1	2
Teste dos 3 tempos (empurrar levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos)	1	1	1	1
Olhos fechado (mesma posição do item 6)	1	1	1	1
Girando 360°	0	0	1	1
sentado	2	2	2	2
Total	6/16	7/16	10/16	13/16
Marcha				
Início da marcha	0	1	1	1
Comprimento da altura dos passos	0	1	2	4
Simetria dos passos	0	0	1	1
Continuidade dos passos	0	0	1	1
Direção	1	1	1	1
Tronco	1	1	1	1
Distância dos tornozelos	1	1	1	1
Total	3/12	5/12	8/12	10/12
Total equilíbrio + marcha	9/28	12/28	18/28	23/28

Fonte: Própria

No que respeita aos autocuidados encontra-se dependente nos autocuidados higiene e vestuário, transferir-se e posicionar-se e no uso do WC devido a sua situação de dispneia e necessita de ajuda nos restantes autocuidados, alimentar-se e beber, apresenta um score de 20/100 no Índice de Barthel. Como evidenciado na tabela 19, o participante veio ao longo das sessões de reabilitação a ganhar autonomia na realização das atividades de vida diárias, acabando no momento da alta por realizá-las quase autonomamente, 85/100 no Índice de Barthel.

TABELA 19 - AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIAS (ÍNDICE DE BARTHEL)

	22/5	27/5	29/05	6/06
Alimentação	5	5	10	10
Higiene	0	0	5	5
Vestuário	5	5	5	5
Cuidado pessoal	0	0	0	5
Dejeção	5	10	10	10
Micção	0	5	10	10
Usar casa de banho	0	5	5	10
Mobilização	5	5	10	15
Deambular	0	5	5	10
Subir e descer escadas	0	5	5	5
Total	20	45	65	85

Fonte: Própria

A evolução dos scores nas escalas de CAT e CCQ, transmitidas pelas tabelas 20 e 21 respetivamente, ao longo das sessões de reabilitação evidenciam uma diminuição do impacto da DPOC na qualidade de vida da pessoa idosa, sugerindo a eficácia das intervenções implantadas.

TABELA 20 - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DPOC NA QUALIDADE DE VIDA DO PARTICIPANTE B (CAT)

	22/5	27/5	29/05	6/06
Tosse	4	4	3	3
Presença de secreções no peito	4	3	3	3

Presença de pressão no peito	1	1	1	1
Presença de falta de ar quando subo uma ladeira ou um lance de escadas	5	5	5	4
Limitação nas atividades de vida	5	5	4	3
Confiança para sair de casa apesar da DPOC	5	5	4	3
Sono	4	3	2	2
Energia	5	5	4	3
Total	33	31	26	22

Fonte: Própria

TABELA 21 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FUNCIONAIS, SINTOMAS E ESTADO MENTAL DO PARTICIPANTE B COM DPOC (CCQ)

	22/05	6/06
Nos últimos 7 dias:		
Presença de falta de ar em repouso	6	3
Presença de falta de ar ao esforço físico	6	3
Preocupado com o agravamento da dispneia	6	6
Presença de tristeza devido aos problemas respiratórios	5	4
Nos últimos 7 dias:		
Presença de tosse	6	5
Presença de expetoração	6	5
Nos últimos 7 dias sentir-se limitado na realização de:		
Atividades que requerem esforço físico considerável	6	5
Atividades que requerem esforço físico moderado	6	5
Atividades de vida diárias	6	3

Atividades sociais	4	2
Total	57	41

Fonte: Própria

Estudo de caso C

A Sra. V.M de 81 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, orientada no tempo, espaço e pessoa. Previamente parcial nas atividades de vida diárias, deambula com ajuda de um auxiliar de marcha e precisa de apoio na confeção de refeições e na realização higiene, reside em domicílio próprio com filho com défice cognitivo (funcional, ajuda-a na higiene e deambulação), passa o dia em casa de uma filha que lhe dá apoio diurno e dorme na sua casa. Sob OLD no domicílio, 0,5 L/Min em repouso e 3 L/min em esforço, algaliação crónica e VNI noturno. Na semana anterior ao internamento iniciou um quadro de dispneia e cansaço para esforços progressivamente menores, tendo recorrido ao serviço de urgência 30/05 por persistência dos sintomas.

História do internamento atual

A Sra. V.M ficou internado no dia 1/6, por Exacerbação infecciosa da DPOC e bacteriúria assintomática. Com antecedentes pessoais de DPOC (GOLD 4 sob OLD e VNI), HTA, Ansiedade, Bradicardia sinusal iatrogénica e DRC. À entrada, prostrada, pouco reativa, mas despertável quando estimulada, eupneica em repouso com VNI em modo bi nível contínuo sem pausas para realizar as refeições durante 24h, com cansaço fácil a pequenos esforços. rx torax com infiltrado heterogéneo bilateral. Foi gradualmente diminuído o tempo de VNI, inicialmente com pausas para as refeições, cujo tempo foi sendo aumentado. Teve indicação para iniciar RFR a 10/6, a cumprir VNI noturno+2h a tarde. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Apirética. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Abdómen volumoso, mole depressível e indolor à palpação. Exame neurológico sem alterações. Com oxigenoterapia a 3 L/min com SPO2 a 89%.

Avaliação no âmbito de enfermagem de reabilitação

A intervenção no âmbito de Enfermagem de Reabilitação junto da Sra. V.M. teve início no dia 10/06, e teve a última intervenção no dia da alta a 22/06, durante as sessões o Sra. manteve-

se calma, vígil, consciente, lúcida e orientada no tempo, espaço e pessoa.

TABELA 22 - AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS ANTES E DEPOIS DAS INTERVENÇÕES DO ER

	1/06		9/06		17/06		22/06	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Tensão arterial	135/76	102/65	156/89	151/84	148/79	141/76	137/72	141/78
Frequência cardíaca	79	90	81	87	86	95	79	88
SPO2 (%)	89 c/ O2 a 3L/min	89 c/ O2 a 3L/min	90 c/ O2 a 2L/min	92 c/ O2 a 2L/min	90 c/O2 a 2L/min	91 c/O2 a 2L/min	92 c/O2 a 2L/min	93 c/O2 a 2L/min
Temperatura	36	36	37	37,1	37	37	36,1	36,2
Dor	0	0	0	0	0	0	0	0
Auscultação	Murmúrio vesicular diminuído bilateral		Murmúrio vesicular diminuído bilateral		Murmúrio vesicular diminuído bilateral		Murmúrio vesicular diminuído bilateral	
Frequência respiratória (cr/min)	20	23	21	22	21	23	18	19

Fonte: Própria

Como referido pode-se verificar na tabela 22, permaneceu sem queixas álgicas, segundo a Escala Numérica. Durante todas as intervenções do ER, manteve-se hemodinamicamente estável. Apresenta uma respiração simétrica, irregular, superficial, toracoabdominal. Foi diminuindo o aporte de oxigénio ao longo das sessões, inicialmente com oxigenoterapia a 3 litros/minuto por óculos nasais e com uma frequência respiratória, em média, de 18 a 23 ciclos por minuto. Apresenta acessos de tosse com expetoração esbranquiçada em grade quantidade que conseguiu expelir ao longo das sessões. Sem adejo nasal, apresentando tiragem, mas sem ingurgitamento jugular. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído em ambos os hemitórax, ao longo das sessões foi melhorando a auscultação, mas na última sessão ainda permanecia diminuído.

Quanto a dispneia, a Sra. Manteve-se quase sempre muito dispneica, com cansaço a pequenos esforços, o que impossibilitava a realização da maior parte dos exercícios. Terminou as sessões com grau 3 na avaliação da dispneia (mMRC), com necessidade de fazer paragens a cada 100m ou após andar alguns minutos seguidos, segundo podemos constatar na tabela 23.

TABELA 23 - AVALIAÇÃO DA DISPNEIA (MMRC)

	1/06	9/06	17/06	22/06
Dispneia	4	4	4	3

Fonte: própria

Quanto ao equilíbrio e a marcha, a participante já tinha o equilíbrio e marcha comprometido anteriormente a este internamento, uma vez que já se deslocava com um auxiliar de marcha. Quando a participante iniciou apresentava alterações do equilíbrio dinâmico um score de 6/16 no Índice de Tinetti – Equilíbrio. E um score de 3/12 no Índice de Tinetti – Marcha, devido à dificuldade respiratória a pequenos esforços que apresentava, ao OLD que já fazia no domicílio e que com esta exacerbação de sintomas teve necessidade de escalar. Ao longo das sessões de reabilitação foi melhorando da parte respiratória, menos dispneica e progressivamente melhorando o equilíbrio e a marcha, na última sessão já evidenciava melhorias significativas, aproximando-se do seu padrão habitual de equilíbrio e marcha, conforme demonstrado pela tabela 24.

TABELA 24 - AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO (TINETTI)

	01/06	09/06	17/06	22/06
Equilíbrio				
Equilíbrio sentado	1	1	1	1
levantando	0	0	1	1
Tentativas de levante	0	0	1	1
Assim que se levanta (3-5s)	0	1	1	1
Equilíbrio em pé	1	1	1	1
Teste dos 3 tempos (empurrar levemente o esterno do	1	1	1	1

paciente, que deve ficar de pés juntos)				
Olhos fechado (mesma posição do item 6)	1	1	1	1
Girando 360°	0	0	1	1
sentado	1	1	2	2
Total	5/16	6/16	10/16	10/16
Marcha				
Início da marcha	0	0	1	1
Comprimento da altura dos passos	0	1	2	2
Simetria dos passos	0	0	1	1
Continuidade dos passos	0	0	1	1
Direção	1	1	1	1
Tronco	1	1	1	1
Distância dos tornozelos	1	1	1	1
Total	3/12	4/12	8/12	8/12
Total equilíbrio + marcha	8/28	10/28	18/28	18/28

Fonte: Própria

No que respeita aos autocuidados encontra-se dependente total em todos os autocuidados higiene e vestuário, transferir-se e posicionar-se, no uso do WC, alimentar-se e beber, devido a sua situação de dispneia, apresenta na primeira sessão de Reabilitação um score de 10/100 na Escala de Barthel. A participante veio ao longo das sessões de reabilitação a ganhar autonomia na realização das atividades de vida diárias, na última sessão de reabilitação demonstrou alguns progressos na realização de atividades de vida básicas, no entanto na última sessão ainda dispneica a moderados esforços, o que dificultou o treino de exercício de atividades de vida diárias.

TABELA 25 - AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIAS (ÍNDICE DE BARTHEL)

	01/06	09/06	17/06	22/06
Alimentação	0	5	10	10
Higiene	0	0	5	5

Vestuário	0	0	5	5
Cuidado pessoal	0	0	0	5
Dejeção	5	10	10	10
Micção	0	0	5	10
Usar casa de banho	0	0	0	5
Mobilização	5	5	10	10
Deambular	0	5	5	5
Subir e descer escadas	0	5	5	5
Total	10	30	55	60

Fonte: Própria

A evolução dos scores nas escalas de CAT e CCQ, transmitidas pelas tabelas 26 e 27 respetivamente, ao longo das sessões de reabilitação evidenciam uma diminuição do impacto da DPOC na qualidade de vida da pessoa idosa, sugerindo a eficácia das intervenções implantadas.

TABELA 26 -AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DPOC NA QUALIDADE DE VIDA DO PARTICIPANTE C (CAT)

	1/06	9/06	17/06	22/06
Tosse	4	4	4	4
Presença de secreções no peito	4	4	3	3
Presença de pressão no peito	3	3	2	1
Presença de falta de ar quando subo uma ladeira ou um lance de escadas	5	5	5	4
Limitação nas atividades de vida	5	5	4	3
Confiança para sair de casa apesar da DPOC	5	5	4	4
Sono	4	4	3	2
Energia	5	5	4	3
Total	35	35	29	24

Fonte: Própria

TABELA 27 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FUNCIONAIS, SINTOMAS E ESTADO MENTAL DO PARTICIPANTE COM DPOC (CCQ)

	01/06	22/06
Nos últimos 7 dias:		
Presença de falta de ar em repouso	6	4
Presença de falta de ar ao esforço físico	6	5
Preocupado com o agravamento da dispneia	6	6
Presença de tristeza devido aos problemas respiratórios	5	4
Nos últimos 7 dias:	6	6
Presença de tosse		
Presença de expetoração	6	5
Nos últimos 7 dias sentir-se limitado na realização de:	6	5
Atividades que requerem esforço físico considerável		
Atividades que requerem esforço físico moderado	6	5
Atividades de vida diárias	6	3
Atividades sociais	4	2
Total	57	45

Fonte: Própria

Estudo de caso D

O Sr. M.F de 81 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, orientado no tempo, espaço e pessoa, autónomo nas atividades de vida. Reformado, vive com a sua esposa, que é parcialmente dependente nas atividades de vida devido a uma doença degenerativa e a qual ele presta apoio. Tem diagnóstico de DPOC desde 2010, com internamentos recentes por exacerbação da DPOC e HTA. Medicação do domicílio: Brometo de Ipatrópio (2Puffs de 8/8H), Salbutamol (2PUFFS de 8/8h), lisinopril 20 mg ao P'al, Breezhaler 85mcg/43mcg ao jantar.

Começou a ser seguido na consulta de enfermagem de reabilitação após vinda ao médico de família por exacerbação dos sintomas (cansaço fácil e dispneia) e foi sinalizado.

Avaliação no âmbito de enfermagem de reabilitação

A intervenção no âmbito de Enfermagem de Reabilitação junto do Sr. MF. teve início no dia 07/01, e teve a última intervenção no dia da alta a 21/01, durante as sessões o Sr. manteve-se calmo, vígil, consciente, lúcido e orientado no tempo, espaço e pessoa.

TABELA 28 - AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS ANTES E DEPOIS DAS INTERVENÇÕES DO ER

	07/01		12/01		21/06	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Tensão arterial (mmhg)	146/74	144/71	111/81	115/85	127/82	122/79
Frequência cardíaca	78	81	67	70	77	80
SPO2 (%)	93	95	93	94	94	94
Temperatura	36,1	36,3	36	36,1	37	37
Dor	0	0	0	0	0	0
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido		Murmúrio vesicular mantido		Murmúrio vesicular mantido	
Frequência respiratória (cr/min)	20	21	19	21	21	22

Fonte: Própria

Como se pode observar na 28, durante as sessões de reabilitação manteve-se sem queixas álgicas, segundo a Escala Numérica. Durante todas as intervenções do ER, manteve-se hemodinamicamente estável. Apresenta uma respiração simétrica, regular, superficial, toracoabdominal, com uma frequência respiratória, em média, de 19 a 22 ciclos por minuto. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular bilateral mantido.

Quanto á dispneia, não refere dispneia em repouso, classificou-se como sendo Grau 2 segundo a mMRC porque refere ter necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal (tabela 29).

TABELA 29 - AVALIAÇÃO DA DISPNEIA (mMRC)

	07/01	12/01	21/01
Dispneia	2	2	2

Fonte: própria

Quanto a avaliação da mobilidade e do equilíbrio estático e dinâmico, o participante tinha o equilíbrio e marcha mantidos sem alterações. Ao longo das sessões foi instruído sobre treino de exercícios e capacitado para a autogestão da doença que permitiu fortalecer o equilíbrio e a marcha, segundo a tabela 30.

TABELA 30 - AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO (ÍNDICE TINETTI)

	01/06	09/06	17/06
Equilíbrio			
Equilíbrio sentado	1	1	1
levantando	2	2	2
Tentativas de levantar	2	2	2
Assim que se levanta (3-5s)	2	2	2
Equilíbrio em pé	2	2	2
Teste dos 3 tempos (empurrar levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos)	2	2	2
Olhos fechado (mesma posição do item 6)	1	1	1
Girando 360°	2	2	2
sentado	2	2	2
Total	16/16	16/16	16/16
Marcha			
Início da marcha	1	1	1

Comprimento da altura dos passos	4	4	4
Simetria dos passos	1	1	1
Continuidade dos passos	1	1	1
Direção	2	2	2
Tronco	2	2	2
Distância dos tornozelos	1	1	1
Total	12/12	12/12	12/12
Total equilíbrio + marcha	28/28	28/28	28/28

Fonte: Própria

O participante não apresentou alterações na avaliação do Índice de Barthel ao longo das sessões de reabilitação, tendo tido 100 em 100 (Tabela 30).

TABELA 31 - AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIAS (ÍNDICE BARTHEL)

	07/01	12/01	21/01
Alimentação	10	10	10
Higiene	5	5	5
Vestuário	10	10	10
Cuidado pessoal	10	10	10
Dejeção	10	10	10
Micção	10	10	10
Usar casa de banho	10	10	10
Mobilização	15	15	15
Deambular	15	15	15
Subir e descer escadas	10	10	10
Total	100/100	100/100	100/100

Fonte: Própria

TABELA 32 - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DPOC NA QUALIDADE DE VIDA DO PARTICIPANTE (CAT)

	07/01	12/01	21/01
Tosse	1	1	1
Presença de secreções no peito	2	2	2

Presença de pressão no peito	0	0	0
Presença de falta de ar quando subo uma ladeira ou um lance de escadas	1	3	3
Limitação nas atividades de vida	1	3	3
Confiança para sair de casa apesar da DPOC	2	2	2
Sono	4	4	3
Energia	2	2	3
Total	13	17	17

Fonte: Própria

Ao longo das sessões de reabilitação foram feitos ensinamentos ao participante que lhe permitiram tomar consciencialização dos seus sintomas, limitações, e sobre o seu estado geral. Razão pela qual os Scores do impacto da DPOC na qualidade de vida do participante foram aumentando (tabela 32), muitas vezes o participante referiu “Só depois desta conversa tomei consciência de como esta falta de ar limita a minha vida”, “Agora começo a perceber que estou bem pior do que o que pensava”.

TABELA 33 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FUNCIONAIS, OS SINTOMAS E ESTADO MENTAL DO PARTICIPANTE COM DPOC (CCQ)

	07/01	21/01
Nos últimos 7 dias:		
Presença de falta de ar em repouso	1	2
Presença de falta de ar ao esforço físico	6	6
Preocupado com o agravamento da dispneia	1	3
Presença de tristeza devido aos problemas respiratórios	2	2
Nos últimos 7 dias:		
Presença de tosse	1	1

Presença de expetoração	2	2
Nos últimos 7 dias sentir-se limitado na realização de:	5	5
Atividades que requerem esforço físico considerável		
Atividades que requerem esforço físico moderado	6	6
Atividades de vida diárias	2	3
Atividades sociais	1	3
Total	27	33

Fonte: Própria

Foram feitas duas avaliações com o questionário CCQ (tabela 33), uma no início das sessões e outra no final, uma vez que o questionário remete para que a avaliação tenha em conta os últimos 7 dias, e á semelhança do que aconteceu com a escala de CAT na última semana os scores obtidos são mais elevados, devido a capacidade que o participante foi ganhando de se consciencializar sobre a sua condição funcional e os sintomas que apresenta.

Estudo de caso E

A Sra. V.F de 78 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, orientada no tempo, espaço e pessoa, autónomo nas atividades de vida, utiliza uma bengala para se movimentar autonomamente. Reformada, vive sozinha em casa própria, tem a filha que mora na mesma rua e presta cuidados, também tem um neto que é muito disponível e acompanha a avó as consultas e tratamentos. A Sra. Refere que aprecia a presença do neto porque muitas vezes se esquece do que foi referido nas consultas e ele relembra-a. Tem diagnóstico de DPOC (Gold 3) desde 2015. Medicação do domicílio: Esomeprazol 40 mg ao P'al, Apixabano 5 mg ao P'al e Jt, Espironalactona 10 mg ao almoço, Lasix 20 mg ao p'al e JT, Digoxina 0,125mg ao al, Brometo Ipatrópio 2PUFF manhã e a noite, Lorazepam 2,5 mg. Começou a ser seguida na consulta de enfermagem de reabilitação após ter sido sinalizada pelo médico de família por exacerbação dos sintomas (cansaço fácil e dispneia).

Avaliação no âmbito de enfermagem de reabilitação

A intervenção no âmbito de Enfermagem de Reabilitação junto do Sra. VF. teve início no dia 07/01, e teve a última intervenção no dia da alta a 21/01, durante as sessões a Sra. manteve-se calma, vígil, consciente, lúcido e orientado nas três esferas, no tempo, espaço e pessoa.

TABELA 34 - AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS ANTES E DEPOIS DAS INTERVENÇÕES DO ER

	07/01		12/01		21/06	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Tensão arterial (mmhg)	105/79	107/71	111/81	115/85	127/82	122/79
Frequência cardíaca	58	63	67	70	77	80
SPO2 (%)	95	97	95	96	96	96
Temperatura	35,8	35,8	36	36,1	36,1	36,3
Dor	0	0	0	0	0	0
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido		Murmúrio vesicular mantido		Murmúrio vesicular mantido	
Frequência respiratória (cr/min)	17	18	18	20	21	20

Fonte: Própria

Como demonstra a (Tabela 34), a participante manteve-se sem queixas álgicas, segundo a Escala Numérica. Durante todas as intervenções do ER, manteve-se hemodinamicamente estável. Apresenta uma respiração simétrica, regular, superficial, toracoabdominal, com uma frequência respiratória, em média, de 17 a 21 ciclos por minuto. À auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular bilateral mantido.

Quanto à dispneia, não refere dispneia em repouso, classificou-se como sendo Grau 3 segundo a mMRC porque refere ter necessidade de parar para respirar a cada 100 m ou após andar alguns minutos seguidos (tabela 35).

TABELA 35 - AVALIAÇÃO DA DISPNEIA (mMRC)

	07/01	12/01	21/01
--	-------	-------	-------

Dispneia	3	3	3
----------	---	---	---

Fonte: própria

Quanto a avaliação da mobilidade e do equilíbrio estático e dinâmico (Tabela 36), a participante tinha o equilíbrio e marcha mantidos com ligeiras alterações, pois já usava previamente um auxiliar de marcha. Ao longo das sessões foi instruída sobre treino de exercícios e capacitada para a autogestão da doença que permitiu fortalecer o equilíbrio e a marcha.

TABELA 36 - AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO (ÍNDICE DE TINETTI)

	01/06	09/06	17/06
Equilíbrio			
Equilíbrio sentado	1	1	1
levantando	1	1	1
Tentativas de levantar	2	2	2
Assim que se levanta (3-5s)	1	1	1
Equilíbrio em pé	2	2	2
Teste dos 3 tempos (empurrar levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos)	1	1	1
Olhos fechado (mesma posição do item 6)	1	1	1
Girando 360°	2	2	2
sentado	2	2	2
Total	13/16	13/16	13/16
Marcha			
Início da marcha	1	1	1
Comprimento da altura dos passos	4	4	4
Simetria dos passos	1	1	1
Continuidade dos passos	1	1	1
Direção	2	2	2
Tronco	2	2	2

Distância dos tornozelos	1	1	1
Total	12/12	12/12	12/12
Total equilíbrio + marcha	25/28	25/28	25/28

Fonte: Própria

A participante não apresentou alterações significativas na avaliação do Índice de Barthel (Tabela 37) ao longo das sessões de reabilitação, tendo tido 95 em 100.

TABELA 37 - AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIAS (ÍNDICE DE BARTHEL)

	07/01	12/01	21/01
Alimentação	10	10	10
Higiene	5	5	5
Vestuário	10	10	10
Cuidado pessoal	10	10	10
Dejeção	10	10	10
Micção	10	10	10
Usar casa de banho	10	10	10
Mobilização	15	15	15
Deambular	15	15	15
Subir e descer escadas	5	5	5
Total	95/100	95/100	95/100

Fonte: Própria

Ao longo das sessões de reabilitação foram feitos ensinamentos à participante que lhe permitiram tomar consciencialização dos seus sintomas, limitações, e tomada de consciência sobre o seu estado geral. Razão pela qual os Scores do impacto da DPOC na qualidade de vida do participante foram aumentando (Tabela 38).

TABELA 38 - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DPOC NA QUALIDADE DE VIDA DO PARTICIPANTE (CAT)

	07/01	12/01	21/01
Tosse	1	1	1
Presença de secreções no peito	0	0	0
Presença de pressão no peito	0	0	0

Presença de falta de ar quando subo uma ladeira ou um lance de escadas	2	4	4
Limitação nas atividades de vida	1	2	3
Confiança para sair de casa apesar da DPOC	3	3	3
Sono	1	1	1
Energia	2	2	3
Total	10	13	15

Fonte: Própria

Ao longo das sessões de reabilitação foram feitos ensinamentos à participante que lhe permitiram tomar consciencialização dos seus sintomas, limitações, e tomada de consciência sobre o seu estado geral. Razão pela qual os Scores do impacto da DPOC na qualidade de vida do participante foram aumentando (Tabela 38).

TABELA 39 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FUNCIONAIS, OS SINTOMAS E ESTADO MENTAL DO PARTICIPANTE COM DPOC (CCQ)

	07/01	21/01
Nos últimos 7 dias:		
Presença de falta de ar em repouso	1	2
Presença de falta de ar ao esforço físico	6	6
Preocupado com o agravamento da dispneia	1	3
Presença de tristeza devido aos problemas respiratórios	2	2
Nos últimos 7 dias:		
Presença de tosse	1	1
Presença de expectoração	2	2
Nos últimos 7 dias sentir-se limitado na realização de:	6	6

Atividades que requerem esforço físico considerável		
Atividades que requerem esforço físico moderado	6	6
Atividades de vida diárias	2	3
Atividades sociais	1	3
Total	28	35

Fonte: Própria

Foram feitas duas avaliações com o questionário CCQ, uma no início das sessões e outra no final, uma vez que o questionário remete para que a avaliação tenha em conta os últimos 7 dias, e á semelhança do que aconteceu com a escala de CAT na última semana os scores obtidos são mais elevados, devido a capacidade que o participante foi ganhando de se consciencializar sobre a sua condição funcional e os sintomas que apresenta (Tabela 39).

7. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), centrada na capacitação da pessoa idosa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), promoveu ganhos significativos ao nível da qualidade de vida, controlo sintomático, capacidade funcional e autogestão da doença. Estes ganhos tornam-se particularmente relevantes considerando que a amostra em estudo era constituída por pessoas idosas com limitações funcionais e presença de dispneia, fatores que condicionam fortemente a autonomia.

No que respeita à qualidade de vida, avaliada através do CAT, verificou-se uma redução dos scores em todos os participantes, destacando-se melhorias como a diminuição de valores de 35 para 24 pontos e de 33 para 22 pontos, traduzindo uma redução clinicamente significativa do impacto da doença. Estes resultados vão ao encontro dos achados de Liu et al. (2020), que demonstraram melhorias na qualidade de vida após programas de reabilitação respiratória, e de Alves e Grilo (2022), que evidenciam ganhos na perceção global de saúde em pessoas idosas com patologia respiratória. De igual modo, Dias et al. (2022) reforçam que a reeducação funcional respiratória contribui para melhorias significativas na qualidade de vida, corroborando os resultados obtidos.

Relativamente ao CCQ, os resultados evidenciaram melhorias nos domínios dos sintomas, estado funcional e estado mental, demonstrando uma evolução positiva na

adaptação à doença. No entanto, verificou-se que alguns participantes mantiveram níveis de preocupação associados à dispneia, o que sugere que, apesar dos ganhos físicos, a componente emocional permanece parcialmente comprometida. Este resultado está em consonância com Coskun et al. (2025), que identificaram melhorias na ansiedade e qualidade do sono após intervenção, mas também com Liu et al. (2020), que referem que a ansiedade pode persistir mesmo após programas de reabilitação, evidenciando a necessidade de integrar intervenções psicossociais.

No domínio da reeducação funcional respiratória, observou-se uma diminuição da dispneia e uma melhoria da eficiência ventilatória ao longo das sessões, refletindo ganhos na capacidade de controlo respiratório. Estes resultados são consistentes com Dias et al. (2022), que destacam a importância destas intervenções na redução dos sintomas respiratórios, e com Ferreira et al. (2018), que evidenciam melhorias na função pulmonar e tolerância ao esforço decorrente de programas estruturados de reabilitação respiratória. De igual modo, Marques et al. (2020) e Ozalp et al. (2018) demonstram que o treino dos músculos respiratórios contribui para a redução da dispneia e melhoria da saturação de oxigénio, sendo coerentes com os resultados observados neste estudo. Adicionalmente, Dwyer et al. (2017, 2019) evidenciam que o exercício físico facilita a eliminação de secreções, contribuindo para a melhoria da função respiratória.

No que concerne à capacidade funcional, verificou-se uma melhoria progressiva da tolerância ao esforço ao longo das sessões de reabilitação, traduzida numa maior capacidade para realizar atividades de vida diária e numa redução da fadiga. Estes resultados são consistentes com Liao et al. (2025), que demonstraram melhorias significativas na capacidade funcional em pessoas idosas com DPOC, bem como com Zhang et al. (2022), que evidenciam ganhos na capacidade de exercício em programas liderados por enfermeiros. De igual modo, Liou et al. (2023) reforçam que programas domiciliários com componente de autogestão contribuem para a melhoria da funcionalidade, o que se encontra em consonância com os ganhos observados nos participantes deste estudo.

A capacitação para a autogestão da doença constituiu um dos ganhos mais relevantes, tendo-se verificado um aumento dos conhecimentos dos participantes relativamente à DPOC, nomeadamente no reconhecimento de sinais de exacerbação, na correta utilização da terapêutica inaladora, na adoção de hábitos de exercício e na aplicação de técnicas de conservação de energia. Estes resultados refletem a eficácia das intervenções educativas implementadas e estão alinhados com Salvado et al. (2025), que destacam o papel das intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado e da adesão terapêutica. A

melhoria da literacia em saúde observada traduz-se num maior controlo da doença e numa maior capacidade de tomada de decisão por parte dos participantes.

De forma global, os resultados obtidos traduzem-se em ganhos sensíveis em saúde, nomeadamente ao nível da melhoria da qualidade de vida, aumento da capacidade funcional, redução da dispneia e promoção do autocuidado. Estes ganhos refletem o impacto da intervenção do EEER na capacitação da pessoa idosa com DPOC, contribuindo para cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa.

Apesar dos resultados positivos, importa reconhecer algumas limitações do estudo. A reduzida dimensão da amostra limita a generalização dos resultados, sendo característica do desenho de estudo de caso múltiplo. A ausência de grupo de controlo dificulta a atribuição causal direta dos ganhos observados exclusivamente à intervenção. A curta duração do programa e a inexistência de avaliação de follow-up não permitem aferir a manutenção dos ganhos a longo prazo. Estas limitações são consistentes com as apontadas por Liu et al. (2020), que destacam a necessidade de estudos com maior duração e amostras mais alargadas.

Estas limitações não invalidam os resultados obtidos, mas reforçam a necessidade de investigações futuras mais robustas. Paralelamente, permitem identificar importantes implicações para a prática de enfermagem de reabilitação. Os resultados sustentam a importância da implementação de programas estruturados e individualizados, integrando reeducação funcional respiratória, treino de exercício, educação para a saúde e estratégias de autogestão, conforme evidenciado por Dias et al. (2022) e Salvado et al. (2025).

Adicionalmente, evidenciam a necessidade de integrar componentes psicossociais, dada a persistência de ansiedade associada à dispneia, bem como de reforçar a continuidade de cuidados em contexto domiciliário e comunitário, conforme demonstrado por Liou et al. (2023) e Zhang et al. (2022). Neste contexto, o EEER assume um papel central na promoção de cuidados de excelência, contribuindo para ganhos em saúde, qualidade dos cuidados e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O percurso realizado no âmbito da formação especializada e do segundo ciclo de estudos permitiu o desenvolvimento de competências diferenciadas, traduzidas numa prática profissional mais autónoma, crítica, reflexiva e cientificamente sustentada. Estas competências assumem particular relevância no contexto da intervenção do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa idosa com DPOC, na medida em que esta população apresenta frequentemente limitação funcional, dispneia, intolerância ao esforço, dependência no autocuidado e risco acrescido de perda de autonomia.

Neste sentido, a consolidação de competências enquanto Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre permitiu desenvolver uma prática orientada para a promoção da funcionalidade, da autogestão da doença, da qualidade de vida e da participação ativa da pessoa no seu projeto de saúde (OE, 2019a, 2019b).

8.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A evolução dos sistemas de saúde, marcada pelo aumento da complexidade dos cuidados e pela exigência de respostas cada vez mais diferenciadas, tem impulsionado o desenvolvimento de práticas especializadas em enfermagem. Neste contexto, a especialização emerge como uma necessidade estratégica, permitindo uma resposta mais eficaz às necessidades das pessoas, famílias e comunidades. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros reflete esta realidade, através da atribuição do título de enfermeiro especialista, reconhecendo um nível avançado de competências técnico-científicas e humanas (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estes profissionais detêm um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que lhes permitem prestar cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade. A atribuição deste título pressupõe a verificação das competências específicas de cada área, bem como das competências comuns, que são transversais e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados (OE, 2019). Estas competências traduzem-se numa elevada capacidade de conceção, planeamento, gestão e supervisão dos cuidados, bem como num contributo ativo nos domínios da formação, investigação e assessoria, sustentando uma prática diferenciada e baseada na evidência.

O Enfermeiro especialista é assim profissional de enfermagem com competências diferenciadas na sua área de especialidade, permitindo-lhe atuar a um nível de complexidade mais elevado.

Apresentam-se as seguintes competências, seguidas de uma reflexão acerca do seu desenvolvimento:

“Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (Ordem dos Enfermeiros, 2019);

Neste contexto, as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assumem particular relevância na prática do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, dada a natureza complexa e contínua das intervenções dirigidas à pessoa com limitações funcionais.

Estas competências exigem uma atuação pautada pelo respeito pela dignidade, autonomia e capacidade de decisão da pessoa, promovendo a sua participação ativa no processo de reabilitação e na definição dos objetivos terapêuticos. Implicam, igualmente, a salvaguarda do consentimento informado, da confidencialidade e do direito à informação, bem como a adequação das intervenções às necessidades, valores e contexto sociocultural da pessoa e família. Tal como refere Deodato (2016), a prática de enfermagem deve assentar em princípios éticos que garantam o respeito pela pessoa enquanto ser autónomo e digno, orientando a tomada de decisão clínica. Neste sentido, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista reforça a responsabilidade destes profissionais na prestação de cuidados seguros, éticos e legalmente sustentados (OE, 2019), em consonância com o Código Deontológico do Enfermeiro, que preconiza a defesa dos direitos humanos e a proteção da pessoa em situação de vulnerabilidade (OE, 2019).

Também o International Council of Nurses (2021) enfatiza que o enfermeiro tem o dever de promover, proteger e respeitar a dignidade humana, assegurando cuidados centrados na pessoa. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume, assim, um papel fundamental na promoção de cuidados eticamente sustentados e legalmente enquadrados, garantindo a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados, ao mesmo tempo que fomenta a capacitação, a autonomia e a maximização da funcionalidade, contribuindo para ganhos sensíveis em saúde e para a melhoria da qualidade de vida.

Durante o período de estágio nos 3 serviços foi implementado o projeto de intervenção profissional, foi entregue a cada uma das participantes um Consentimento Informado, livre e esclarecido. Numa primeira abordagem ao participante, foi explicado todo o processo de intervenção e pedida a sua colaboração, ficando o participante livre para escolher participar ou recusar os cuidados, não implicando qualquer tipo de constrangimento, existindo ainda a possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer perda para a pessoa. Foram esclarecidas dúvidas das utentes antes de avançar com o plano de intervenção.

Procurei, sempre que oportuno, suscitar momentos de reflexão, sobre a prática de cuidados e os processos de tomada de decisão, proporcionando um ambiente de partilha de conhecimento, que convergissem na melhor prática evidenciada aos dias de hoje.

“Domínio da Melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019);

O domínio da melhoria contínua da qualidade constitui um pilar fundamental na prestação de cuidados de saúde, assumindo-se como uma dimensão essencial da prática profissional de enfermagem, particularmente no contexto da enfermagem especializada. Este domínio integra um conjunto de processos sistemáticos, dinâmicos e intencionais que visam a monitorização, avaliação e otimização contínua dos cuidados prestados, com o objetivo de garantir ganhos em saúde, segurança do doente e eficiência organizacional.

A melhoria contínua da qualidade baseia-se em princípios de avaliação sistemática da prática, identificação de oportunidades de melhoria e implementação de estratégias sustentadas na evidência científica. Neste sentido, o enfermeiro especialista assume um papel determinante enquanto agente promotor da qualidade, desenvolvendo competências na análise crítica dos cuidados, na utilização de indicadores de qualidade e na implementação de projetos de melhoria alinhados com as prioridades institucionais e nacionais, como o Plano Nacional para a Segurança do Doente.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), este domínio implica que o enfermeiro especialista seja capaz de conceber, implementar e avaliar programas de melhoria da qualidade, contribuindo para a excelência dos cuidados e para a segurança dos utentes. Tal envolve a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, como taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, incidência de eventos adversos, adesão a boas práticas clínicas e níveis de satisfação dos utentes.

A melhoria contínua da qualidade está intrinsecamente ligada à cultura de segurança e à promoção de ambientes de prática baseados na evidência, onde o erro é encarado como uma oportunidade de aprendizagem e não como um fator de punição, promovendo uma cultura justa (“Just Culture”). Neste contexto, o enfermeiro especialista desempenha um papel ativo na sensibilização das equipas para a importância da notificação de incidentes e na implementação de medidas corretivas e preventivas.

No âmbito da enfermagem de reabilitação, a melhoria contínua da qualidade assume particular relevância na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa, sendo fundamental a avaliação sistemática dos ganhos sensíveis às intervenções do enfermeiro especialista. A utilização de instrumentos de avaliação validados e a monitorização dos resultados permitem ajustar as intervenções e maximizar os benefícios para a pessoa, nomeadamente em contextos de doença crónica como a DPOC.

O domínio da melhoria contínua da qualidade traduz-se numa prática reflexiva, crítica e orientada para resultados, na qual o enfermeiro especialista desempenha um papel central na promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, contribuindo para a sustentabilidade e excelência dos sistemas de saúde.

A minha prática de cuidados em todos os locais de ensino clínico foi orientada para a segurança e qualidade de cuidados, para tal, procurei uma prática baseada na evidência, Ferreira et al 2024 recorrendo a instrumentos de avaliação validados para objetivar ganhos e a qualidade da minha intervenção.

Durante os períodos de estágio foram prestados cuidados de enfermagem e implementados programas de enfermagem de reabilitação, estruturados e individualizados, de forma a dar resposta às

necessidades e incapacidades funcionais da pessoa/família, sendo privilegiada a promoção do autocuidado, a prevenção de futuras complicações e consequentes incapacidades, bem como à promoção da independência, do bem-estar e melhoria da qualidade de vida da pessoa. Notória sem dúvida a atuação do enfermeiro especialista em reabilitação na comunidade, cuja intervenção incide particularmente na promoção da saúde através da instituição de hábitos de vida saudáveis, na prevenção de complicações e incidentes e na manutenção das capacidades da pessoa de forma a prevenir eventos que possam levar à hospitalização ou mesmo institucionalizações precoces.

Também procurei a melhoria contínua da qualidade com a participação em jornadas de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente nas “I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação” da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (anexo 8), assim como nas “I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação” da Unidade Local de Saúde do Santa Maria (anexo 9), e nas “I Jornadas interdisciplinares de Medicina Interna da ULSBA” (Anexo 10).

“Domínio da gestão dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019);

O domínio da gestão dos cuidados constitui uma dimensão central da prática de enfermagem, particularmente relevante no exercício do enfermeiro especialista, refletindo a sua capacidade de organizar, coordenar e otimizar os cuidados prestados, assegurando a sua qualidade, continuidade e segurança. Este domínio integra um conjunto de competências que permitem

ao enfermeiro gerir os processos assistenciais de forma eficiente, centrada na pessoa e sustentada na melhor evidência científica disponível.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), o enfermeiro especialista demonstra competências acrescidas na gestão dos cuidados, sendo capaz de adequar a prestação de cuidados às necessidades da pessoa, família e comunidade, tendo em conta a complexidade das situações clínicas e os recursos disponíveis. Esta gestão implica uma visão global e integrada do processo de cuidados, desde a avaliação inicial até ao planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem.

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental na coordenação da equipa de enfermagem e na articulação com outros profissionais de saúde, promovendo uma abordagem interdisciplinar e colaborativa. A gestão dos cuidados exige, assim, competências ao nível da comunicação, liderança e tomada de decisão, permitindo garantir a continuidade e a coerência dos cuidados ao longo do percurso da pessoa nos diferentes níveis de prestação de cuidados.

Uma das dimensões essenciais deste domínio prende-se com a capacidade de priorização e organização dos cuidados, especialmente em contextos de elevada complexidade e exigência, como os serviços hospitalares. O enfermeiro deve ser capaz de identificar necessidades prioritárias, gerir o tempo e os recursos disponíveis e assegurar a prestação de cuidados seguros e eficazes, minimizando riscos e prevenindo eventos adversos.

Adicionalmente, a gestão dos cuidados envolve a supervisão e delegação de tarefas, garantindo que estas são atribuídas de acordo com as competências dos profissionais e que são realizadas em conformidade com as boas práticas. O enfermeiro especialista assume, neste âmbito, um papel de supervisão clínica, promovendo o desenvolvimento profissional da equipa e assegurando a qualidade dos cuidados prestados.

No âmbito da enfermagem de reabilitação, a gestão dos cuidados assume particular relevância na organização de programas de intervenção centrados na capacitação da pessoa, nomeadamente na promoção da funcionalidade, autonomia e autocuidado. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é responsável por planear intervenções individualizadas, monitorizar os ganhos em saúde e ajustar continuamente os cuidados às necessidades da pessoa, como se verifica em situações de doença crónica, como a DPOC.

Para além disso, o enfermeiro especialista é o profissional da equipa de saúde que à partida apresenta mais facilidade e competência para gerir todo este processo, uma vez que é no decorrer da prestação de cuidados e treino do autocuidado que são identificadas necessidades quer a nível funcional quer de cariz social e económico (aquisição de ajudas

técnicas, barreiras físicas que impeçam o regresso a casa) ou mesmo na impossibilidade do cuidador conseguir dar resposta às necessidades do utente, sendo necessário muitas vezes iniciar o processo de referenciação para a RNCCI.

Durante o estágio no serviço de Pneumologia e Ortopedia, pude presenciar a constante colaboração entre a equipa de enfermagem e a Equipa de Gestão de Altas (EGA) e assistentes sociais dos diferentes hospitais, sendo as incapacidades decorrentes dos processos cirúrgicos ortopédicos eletivos ou situações agudas respiratórias, principalmente nos mais idosos, por fraturas resultantes de quedas motivo que os impossibilitam de regressar ao seu domicílio, ou processos respiratórios agudos que condicionavam a sua recuperação a curto prazo. Assim, após uma primeira avaliação e contacto com a família inicia-se precocemente a referenciação para a EGA, procurando evitar internamentos prolongados desnecessários e planear a alta do utente de forma que haja continuidade dos cuidados e na reabilitação do mesmo. Na comunidade, cabe também ao enfermeiro a identificação de situações que requeiram atenção especial, desde necessidade de cuidados de saúde, apoio psicológico, apoio social entre outros. O EEER como atua nos vários contextos da comunidade consegue identificar situações no ambiente escolar, institucional, apoio domiciliário, carência económica e apoio social, necessidade de ajudas técnicas e acessibilidades.

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”
(Ordem dos Enfermeiros, 2019);

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um eixo central na prática do enfermeiro, particularmente do enfermeiro especialista, traduzindo-se na capacidade de promover a atualização contínua de conhecimentos, o aperfeiçoamento de competências e a reflexão crítica sobre a prática clínica. Este domínio assume especial relevância num contexto de crescente complexidade dos cuidados de saúde, exigindo profissionais capazes de integrar evidência científica, inovação e experiência prática na prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

Neste âmbito, o enfermeiro demonstra competência na gestão do seu próprio processo de aprendizagem, adotando uma postura proativa na identificação de necessidades formativas e na procura de oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo. Tal implica a capacidade de mobilizar diferentes fontes de conhecimento, nomeadamente a evidência científica atual, normas orientadoras e boas práticas, garantindo a atualização permanente e

a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, procurei que a minha intervenção fosse sistematicamente guiada pela evidência científica mais recente, privilegiando estudos e recomendações publicados nos últimos cinco anos, assegurando assim a adoção de práticas atualizadas, seguras e alinhadas com os mais recentes avanços científicos. Paralelamente, durante os contextos de ensino clínico, realizei formação em áreas de interesse relevantes para a prática, nomeadamente “Cuidados de Enfermagem ao doente sob ventilação não invasiva” (anexo 11) e “Fármacos, dispositivos, equipamentos: o puzzle da terapêutica inalatória” (anexo 12), reforçando o desenvolvimento de competências técnicas e científicas especializadas. Adicionalmente, participei na sessão comemorativa do Dia do Cuidador Informal (anexo 13), o que contribuiu para o aprofundamento do conhecimento sobre o papel do cuidador, a valorização do suporte à família e a integração destes elementos na prática de cuidados centrados na pessoa.

Importa ainda salientar a participação nas “I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação” da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, enquanto autora de duas comunicações orais intituladas “O insuflador-exsuflador mecânico em unidades de cuidados intensivos” (anexo 14) e “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da disfagia” (anexo 15), evidenciando o envolvimento ativo na produção e disseminação do conhecimento científico, bem como o contributo para a partilha de boas práticas na área da Enfermagem de Reabilitação.

Paralelamente, destaca-se a competência na promoção da aprendizagem dos outros, assumindo o enfermeiro um papel ativo na formação de pares, estudantes e outros profissionais de saúde. Esta dimensão inclui a capacidade de planejar, implementar e avaliar atividades formativas, adaptando estratégias pedagógicas aos diferentes contextos e públicos-alvo, e promovendo ambientes de aprendizagem colaborativos e reflexivos. A supervisão clínica surge como uma ferramenta fundamental neste processo, favorecendo o desenvolvimento de competências, a tomada de decisão fundamentada e a melhoria contínua da prática.

Acresce ainda a competência na reflexão crítica e na análise da prática, permitindo ao enfermeiro identificar áreas de melhoria, implementar mudanças sustentadas e contribuir para a inovação em saúde. A utilização de metodologias como a prática reflexiva, auditorias clínicas e projetos de melhoria contínua potencia a aprendizagem organizacional e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança.

Por fim, o enfermeiro evidencia competência na integração do conhecimento na prática clínica, assegurando que as intervenções realizadas são baseadas na melhor evidência

disponível e adaptadas às necessidades da pessoa, família e comunidade. Este processo contribui não só para o desenvolvimento profissional individual, mas também para o fortalecimento das equipas de saúde e para a excelência dos cuidados de enfermagem. Em suma, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais traduz-se na capacidade do enfermeiro de aprender, ensinar, refletir e inovar, promovendo uma prática profissional sustentada, crítica e orientada para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

8.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foram adquiridas competências específicas que assumem particular centralidade no contexto da capacitação da pessoa idosa com DPOC. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este profissional intervém na conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação dirigidos à promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e maximização das capacidades da pessoa (OE, 2019b). Estas competências são especialmente relevantes na pessoa idosa com DPOC, cuja condição clínica frequentemente compromete a ventilação, a mobilidade, a tolerância ao esforço e a autonomia no autocuidado.

“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019);

Uma das competências mais significativas desenvolvidas foi a capacidade de realizar uma avaliação especializada da funcionalidade da pessoa, integrando as dimensões respiratória, motora, funcional, cognitiva e social. No contexto da DPOC na pessoa idosa, esta competência permitiu compreender de forma mais abrangente o impacto da doença no quotidiano, nomeadamente na realização das atividades de vida diária, na mobilidade, na capacidade de esforço e na qualidade de vida. Esta avaliação especializada tornou-se fundamental para identificar necessidades reais e potenciais, reconhecer limitações, valorizar capacidades remanescentes e delinear intervenções ajustadas ao nível de dependência e ao potencial de reabilitação de cada pessoa (OE, 2019b).

Foram igualmente adquiridas competências na maximização da funcionalidade e no desenvolvimento das capacidades da pessoa, através da implementação de intervenções

específicas de enfermagem de reabilitação. No caso da pessoa idosa com DPOC, estas intervenções incluem a reeducação funcional respiratória, o ensino e treino de técnicas de controlo respiratório, a gestão da dispneia, a conservação de energia, o treino de marcha, o treino de atividades de vida diária, o posicionamento terapêutico e a promoção da mobilidade segura. O desenvolvimento destas competências permitiu compreender que a intervenção do EEER não se limita à recuperação funcional, mas visa sobretudo capacitar a pessoa para utilizar os seus recursos de forma mais eficaz, reduzir a limitação imposta pela doença e promover o máximo de independência possível (OE, 2019b).

Outra competência central adquirida prende-se com a capacitação da pessoa com limitação da atividade e restrição da participação, com vista à promoção da autonomia e da participação no seu contexto de vida. Na pessoa idosa com DPOC, esta competência assume especial relevância, uma vez que a progressão da doença tende a comprometer não apenas a capacidade física, mas também a autoconfiança, a participação social e a perceção de controlo sobre a própria vida. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação revelou-se, assim, essencial para apoiar a pessoa na adaptação à doença crónica, promover a autogestão dos sintomas, reforçar estratégias de enfrentamento e incentivar a participação ativa no seu processo terapêutico. Deste modo, a capacitação surge como um processo dinâmico de fortalecimento da autonomia e não apenas como transmissão de informação (OE, 2019b).

Durante os ensinamentos clínicos procedi à aplicação de vários instrumentos que possibilitaram a identificação de alterações da funcionalidade. Face a essas alterações e de modo a reduzir e colmatar o risco de alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, em cada contexto de cuidados foram prescritos produtos de apoio, como ajudas técnicas e dispositivos de compensação. Foram feitos os respetivos ensinamentos e treino inerentes a sua utilização, de forma a permitir a realização das atividades de vida diárias de forma autónoma, e favorecendo a readaptação funcional. No contexto ortopédico, foram prescritos com maior ênfase ao nível motor, produtos de apoio como cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas e produtos de apoio para os autocuidados como a higiene e cuidado pessoal.

“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2019);

A acessibilidade é um direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social. Diariamente as pessoas com deficiência ou limitações da sua atividade debatem-se com a impossibilidade de realizar as suas atividades de vida e participar ativamente na sociedade por falta de acesso a serviços como saúde, educação, transportes, emprego e outros. Capacitar a pessoa com deficiência para a realização de atividades de vida e aceder a serviços, que consideramos normalmente como garantidos, é um dos principais focos de atuação da enfermagem de reabilitação.

Assim, cabe ao EEER ensinar, instruir e treinar a pessoa com deficiência e a sua família a realização de atividades de vida diária, disponibilizando produtos de apoio e dispositivos compensatórios que lhes facilitem ou melhorem as condições de acesso a serviços, visando a máxima capacidade funcional da pessoa e a qualidade de vida. Também a promoção e criação de ambientes seguros, minimizando ou eliminando fatores de risco, bem como, participar ativamente junto da população em ações de sensibilização para a criação de práticas inclusivas, que se foquem nas capacidades e potencialidades da pessoa e não só nas suas limitações, assumindo uma abordagem centrada na pessoa e que respeite a dignidade da sua condição humana permite ao EEER contribuir para a melhoria das condições de acessibilidade e plena participação nos vários contextos sociais.

A promoção da inclusão das pessoas com alterações da mobilidade na sociedade, nomeadamente no contexto dos estágios que realizei fez-se reencaminhando sempre que necessário e orientando-os para as entidades competentes, afim da obtenção de apoios económicos, dícticos e serviços de apoio domiciliário, ao nível da limpeza do domicílio, da confeção da alimentação, da higiene do vestuário, ou outra necessidade identificada. Paralelamente, foram reforçadas competências na educação para a saúde, ensino, treino e supervisão da pessoa e da família/cuidador., reconhecendo-se. Neste contexto, a aquisição destas competências permitiu desenvolver intervenções mais eficazes e ajustadas ao nível de literacia, funcionalidade e capacidade de aprendizagem da pessoa e da família (OE, 2019b).

“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2019);

Neste domínio de competência o EEER “concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório” e “avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados” (Regulamento n.o 392/2019, pp.13566).

Neste sentido a aplicação de conhecimentos, nomeadamente na capacitação da pessoa idosa com DPOC, baseados em evidência científica atual e na revisão da literatura realizada, permitiu a construção de planos de intervenção adaptados e individualizados aos utentes, nos diversos contextos clínicos e com diversos contextos dessaúde.

A implementação e treino com supervisão de programas de reabilitação cardíaca, respiratória e motor permitem desenvolver capacidades que futuramente influenciam a condição de saúde da pessoa. Se a este treino associarmos a disponibilização de ajudas técnicas e meios tecnológicos que facultem a prevenção de riscos e futuras complicações, conseguimos uma população mais motivada e capacitada para a autogestão da sua condição de saúde, diminuindo eventualmente possíveis episódios de urgência ou internamentos em instituições hospitalares. A maximização da funcionalidade abrange os vários contextos da prática clínica, sendo os programas de intervenção comunitária que promovem o envelhecimento ativo um bom exemplo. Manter a capacidade funcional no idoso, procurando prevenir futuras incapacidades, atrasar a perda de faculdades como a força muscular, equilíbrio, coordenação, flexibilidade, tornando as pessoas mais ágeis, permite atuar, por exemplo, ao nível da prevenção de risco de quedas, reduzindo incapacidades e melhorando a qualidade de vida e bem-estar. Ao longo deste tempo integrei a evidencia científica atualizada na avaliação dos utentes para elaborar planos de reabilitação e intervenção do ER, de forma a garantir a segurança do utente , assim como, a aplicação de instrumentos que permitissem avaliar a eficácia ou não e os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem instituídos, como o recurso ao índice de *Barthel*, Índice de *Tinetti* para avaliação de equilíbrio e marcha e escala de *Borg* para avaliação da dispneia e esforço percecionado, de forma a que os planos de treino fossem adaptados de forma a estes promovam a saúde, previnam a lesão, promovam a capacitação, independência funcional, autonomia e autogestão da doença (OE, 2019).

8.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

No que se refere às competências adquiridas enquanto Mestre, estas reforçaram a capacidade para sustentar a prática especializada numa perspetiva científica, crítica e

investigativa. O grau de mestre pressupõe a mobilização de conhecimentos avançados, a capacidade de análise crítica, a integração de informação complexa e a formulação de juízos fundamentados em contextos de incerteza (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011; Silva & Sarrico, 2023). No âmbito da intervenção do EEER na capacitação da pessoa idosa com DPOC, estas competências revelaram-se essenciais para analisar criticamente a realidade clínica, identificar necessidades de intervenção, selecionar estratégias adequadas e fundamentar a prática na melhor evidência disponível.

A formação ao nível do mestrado permitiu ainda desenvolver competências na pesquisa, seleção e análise da evidência científica, fundamentais para compreender os benefícios da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa idosa com DPOC. Esta competência favoreceu a adoção de uma prática baseada na evidência, permitindo sustentar intervenções dirigidas à redução da dispneia, à melhoria da tolerância ao esforço, ao aumento da independência funcional e à promoção da qualidade de vida. Simultaneamente, contribuiu para reforçar a capacidade de problematizar a prática, identificar áreas de melhoria e produzir reflexão crítica sobre o impacto das intervenções desenvolvidas (Silva & Sarrico, 2023).

Foram também adquiridas competências metodológicas na conceção, desenvolvimento e avaliação de projetos de intervenção, o que permitiu estruturar respostas mais organizadas, intencionais e orientadas para resultados. No contexto da pessoa idosa com DPOC, estas competências assumem particular importância, dado que a capacitação exige intervenções planeadas, individualizadas e avaliadas de forma sistemática. A capacidade para definir objetivos, selecionar estratégias e monitorizar resultados permitiu compreender melhor o contributo da enfermagem de reabilitação na promoção de ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da autonomia, da funcionalidade e da autogestão da doença (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011; Silva & Sarrico, 2023).

Por fim, o percurso de mestrado favoreceu o desenvolvimento de competências de comunicação científica e académica, essenciais para a organização do pensamento, redação de trabalhos e fundamentação das opções tomadas. Esta dimensão revelou-se importante para sistematizar a reflexão sobre a prática e para dar visibilidade ao contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa idosa com DPOC. Ao permitir uma leitura mais crítica, estruturada e fundamentada da intervenção desenvolvida, estas competências contribuíram para reforçar a identidade profissional e para valorizar a enfermagem de reabilitação enquanto área de especialidade com impacto efetivo nos ganhos em saúde da pessoa (Silva & Sarrico, 2023).

A realização deste projeto, a participação como autora na publicação do artigo Interventions

by Rehabilitation Nurse Specialists in the Training of Informal Carers of Older People at Home with Chronic Diseases: A Scoping Review, <https://doi.org/10.3390/ijerph22070971> (Anexo 16) - e a participação em eventos científicos com apresentação de comunicações orais, permitiu o desenvolvimento de competências de investigação Ferreira et al, (2024).

Deste modo, este percurso académico permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEER, e de mestre em Enfermagem, de forma eficaz e numa perspetiva de autodesenvolvimento, com um elevado enriquecimento para o meu percurso profissional, na área da especialidade e um crescimento pessoal imensurável, que me permitira a continuação de uma aprendizagem ao longo da vida com base nas competências desenvolvidas nestes domínios.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção permitiu desenvolver competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre, através da implementação de um programa estruturado de capacitação da pessoa idosa com DPOC, assente numa abordagem integrada e centrada na pessoa.

Mais do que a aplicação de intervenções isoladas, este projeto evidencia que a articulação entre diferentes componentes da capacitação — nomeadamente a reabilitação funcional respiratória, o treino de exercício físico, a técnica inalatória correta, a cessação tabágica e a autogestão da doença — constitui um elemento-chave para dar resposta à complexidade da DPOC.

A capacitação da pessoa idosa não se limita à transmissão de conhecimentos. Implica o desenvolvimento de competências que permitam à pessoa assumir um papel ativo na gestão da sua doença, promovendo autonomia, autocuidado e adaptação à condição crónica. É precisamente nesta transição — de uma lógica passiva para uma lógica ativa — que reside o verdadeiro valor da intervenção do EEER.

Neste contexto, o EEER assume um papel central, não só na implementação de programas estruturados, mas também na sua adaptação às necessidades individuais, contribuindo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Apesar dos contributos deste projeto, importa reconhecer limitações, nomeadamente a reduzida dimensão da amostra e a duração da intervenção, que condicionam a generalização dos resultados. Ainda assim, estes resultados apontam para a relevância e

potencial destas intervenções no contexto da prática clínica.

Assim, considera-se fundamental investir na continuidade e expansão de programas de reabilitação respiratória, particularmente nos cuidados de proximidade, promovendo uma abordagem integrada e sustentada ao longo do tempo.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação não só melhora indicadores de saúde, como transforma a forma como a pessoa vive com a doença, capacitando-a para gerir, adaptar-se e manter a sua qualidade de vida.

Deste percurso académico extrai-se um balanço muito positivo, pautado por um desenvolvimento pessoal e profissional enriquecedor, motivador, gratificante e cujo reconhecimento desta especialidade enquanto área de intervenção específica da Enfermagem me faz querer continuar a desenvolver profissional e academicamente, com vista ao desenvolvimento da profissão.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2023). *Regulamento Interno Unidade de Cuidados na Comunidade de Portel*. Regulamento Interno, 1-34.
- Agustí, A., & Celli, B. R. (2022). *Natural history of COPD: Gaps and opportunities*. ERJ Open Research, 8(1), 00503–2021. <https://doi.org/10.1183/23120541.00503-2021>
- Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central. (2025). Obtido em 2025, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/Pages/default.aspx>
- Alves, J., & Grilo, E. (2022). *Reabilitação respiratória em idosos em contexto de cuidados agudos: Revisão sistemática da literatura*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 5(1), 67–76.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. (AACVPR) (2022). *Guidelines for pulmonary rehabilitation programs* (6th ed.). Human Kinetics.
- Asana. (2025, May 17). *O que é um fluxograma? Aprenda os símbolos, tipos e como interpretá-los*. Retrieved May 29, 2025, from <https://asana.com/pt/resources/what-is-a-flowchart>
- Barbosa, M., de Melo, C. A., Torres, R., et al. (2024). *Home-based pulmonary rehabilitation maintenance with or without a Pilates exercise program in patients with COPD*. Revista de Patología Respiratoria, 28(1), 11–22. <https://doi.org/10.24875/RPR.24000039>
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2014). *Enfermagem de reabilitação: Fundamentos e práticas*. Lidel.
- Coskun, S., Simsek, N., & Arslan, Y. (2025). *Effects of home-based pulmonary rehabilitation on walking, anxiety and sleep in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial*. International Journal of Nursing Practice, 31(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/ijn.70085>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). *Ministério da Saúde. Diário da República n.º 38/2008, Série I*, 1182-1189. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

- Decreto-Lei nº102/2023. (2023). *Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, I Série*(215), 4-20. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278~>
- Decreto-Lei n.º 161/96. (04 de 09 de 1996). *Ministério da Saúde. Diário da República, Serie I*(205). Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>.
- Deodato, S. (2016). *Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35–39). Lusodidacta.
- Dias, P. M. M., Teixeira, H. M. S., Palma, M. C., Messias, P. A. L., Vieira, J. V. S., & Ferreira, R. M. F. (2022). *Intervenções de reeducação funcional respiratória na pessoa com doença respiratória: Revisão sistemática da literatura*. *Revista de Enfermagem Referência*, e20210654. <https://doi.org/10.12707/RV210654>
- Ditomassi, M., Jones, K., & Hofler, L. (2011). *The relationship between nursing leadership and professional practice environments*. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 706-715.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2021–2030: Saúde sustentável de todos para todos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Portugal: Saúde em números 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2011). *Relatório de referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*.
- Dwyer, T. J., Alison, J. A., McKeough, Z. J., Elkins, M. R., & Bye, P. T. P. (2017). *Effects of exercise training on dyspnea and exercise capacity in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis*. *Respiratory Medicine*, 123, 105–

115. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.12.003>

□

Effing, T. W., Vercoulen, J., Bourbeau, J., Trappenburg, J., Lenferink, A., Cafarella, P., & Spruit, M. A. (2021). *Definition of a COPD self-management intervention: International expert group consensus*. *European Respiratory Journal*, 58(6), 2101200. <https://doi.org/10.1183/13993003.01200-2021>

European Respiratory Society. (2023). *European Respiratory Society guidelines for pulmonary rehabilitation in chronic respiratory diseases*. *European Respiratory Journal*.

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). F. A. Davis company.

Ferreira, R., Sousa, L., Nobre, C., Nunes, A. C., Fonseca, C., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2022). *The development of research skills in nursing postgraduate training*. *Education Sciences*, 12(2), 78. <https://doi.org/10.3390/educsci12020078>

Ferreira, R., Pedrosa, A.R., Reis, N., Sousa, L., Nicolau, C., Ferreira, B., Rocha, B., & Baixinho, C.L. (2024). *Transitional care for older persons with need of geriatric rehabilitation nursing interventions*. *BMC Nurs* **23**, 376. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02050-4>

Fonseca, A. M. (2014). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para os sistemas de saúde*. Lidel.

Fontinele, S. L., & Duque, E. (2021). *A relação entre a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e o perfil sociodemográfico em pessoas idosas*. Em M. B. Vasquez, *Filosofía y ciencias sociales en tiempos de desconcierto* (pp. 2445-2466). Dykinson S.L. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/72384>

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5.^a ed.). Lusociência.

Fundação Portuguesa do Pulmão. (2020). *Doenças respiratórias em números*.

Galvão, C., & Sawada, N. (2003). *Prática baseada em evidências: estratégias para sua*

implementação em enfermagem Master's thesis, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto]. Scielo. <https://www.scielo.br/j/reben/a/rtV56ThJyGnxWTY4xTPZB3v/>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2025). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. <https://goldcopd.org> □

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

Hoeman, S. P. (2014). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.).

Hu, W., Li, T., Cao, S., Gu, Y., & Chen, L. (2022). *Influence of nurse-led health education on self-management ability, satisfaction, and compliance of elderly patients with COPD*. Computational and Mathematical Methods in Medicine. <https://doi.org/10.1155/2022/1782955>

IFIS. (2024, November 25). *Guia de Boas Práticas para uma Pesquisa Bibliográfica*. Retrieved May 22, 2025, from https://ifis.libguides.com/portuguese-best-practice/estrategia_de_pesquisa

Inácio, M. (2023). *A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada: Que Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/51743>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estatísticas da Saúde - 2025*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=439489924&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. ICN. Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). *Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. Diário da República.

- Joanna Briggs Institute, The University of Adelaide. (2013). *JB I EBP Database Guide*. Obtido de Joanna briggs institute: <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>
- Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W.-H., & Kline Leidy, N. (2009). *Development and first validation of the COPD Assessment Test*. *European Respiratory Journal*, 34(3), 648–654.
- Keleekai-Brapoh, M., & Torresco, R. (2020). *Advanced nursing practice and chronic disease management: Implications for patient empowerment and health outcomes*.
- Lamberton, C. E., & Mosher, C. L. (2024). *Review of the evidence for pulmonary rehabilitation in COPD: Clinical benefits and cost-effectiveness*. *Respiratory Care*, 69(6), 686–696.
<https://doi.org/10.4187/respcare.11541>
- Liao, L., Chen, H., Chen, F., & Yanga, S. (2025, October). *Pulmonary Rehabilitation Exercise Package for Enhancing Health in Elderly COPD Patients With Frailty: An Experimental Study*. *The journal of Nursing Research*, 33(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000698>
- Liou, H., Lai, Z., Huang, Y., Chu, W., Tsai, Y., Chen, M., & Tsai, P. (2023). *The effectiveness of an unsupervised home-based pulmonary rehabilitation*. *International Journal of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijn.13185>
- Liu, X., Zhang, Y., Wang, Y., Zhang, H., & Zhao, X. (2022). *Effects of pulmonary rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis*. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17, 1321–1334.
<https://doi.org/10.2147/COPD.S361234> □
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. *Ordem dos Enfermeiros*.
□
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index*. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.

- Maltais, F., Decramer, M., Casaburi, R., et al. (2021). *Update on limb muscle dysfunction in COPD*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 204(3), e15–e62. <https://doi.org/10.1164/rccm.202101-0050ST>
- Marques, A., Jácome, C., Cruz, J., Gabriel, R., & Figueiredo, D. (2020). *Home-based pulmonary rehabilitation for people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review*. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 15, 2563–2576. <https://doi.org/10.2147/COPD.S266665>
-
- Mattos, P. (2015). *Tipos de revisão da literatura Faculdade de ciencias agronómicas UNESP campus de botucatu*. UNESP. <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>
- McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2021). *Pulmonary rehabilitation for COPD*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD003793. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub4>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher., k. (2018). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. Advances in Nursing Science, 23(1), pp. 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem* Master's thesis, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto]. Scielo. <https://www.scielo.br/ij/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>
- Moura, C., Lista, A., João, A. L., António, M. A., & Bia, F. (2024). *Enfermagem de reabilitação na autogestão da pessoa idosa com doença pulmonar obstrutiva crónica*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 7(2). <https://revistas.rcaap.pt/rper/article/view/36446>
- Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. P. (2021). *Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários*. Em O. Ribeiro, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1 ed., pp. 654-670). Lidel.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Health at a glance* 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development, & European Commission. (2024). *Health at a glance: Europe* 2024.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 350/2015. *Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, Série II(119)*, 16655 - 16660. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória* (Vol. 10). Obtido de https://www.researchgate.net/publication/323153858_Guida_Orientador_de_boas_pratica_Reabilitacao_respiratoria/link/5c77c77b458515831f75e509/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7I

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, (26).

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série, (85).

Ozalp, O., Inal-Ince, D., Calik-Kutukcu, E., Vardar-Yagli, N., Saglam, M., Savci, S., & Arkan, H. (2018). *Extrapulmonary features of chronic obstructive pulmonary disease: Muscle strength, exercise capacity, fatigue, and quality of life. Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40248-018-0126-6>

Paoli, A., Iaccarino, G., Lucidi, F., Pagnini, F., Boccuzzo, G., & Illario, M. (2025). *Multidimensional determinants of active and healthy aging trajectories: A position paper from the Age-It Research Program. The Journals of Gerontology: Series B*, 80(Supplement_2), S145–S157. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf196>

□

Pacheco, S., Alves, T., & Alves, T. R. (2024). *Revisão de literatura: Impacto das intervenções de enfermagem na taxa de reinternamento da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica.*

Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 7(1), e360.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/360>

□

Patino, C., & Ferreira, J. (2018). *Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e por que eles importam*. Dissertação de mestrado, Keck School of Medicine, University of Southern California]. Cielo.
<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/LV6rLNpPZsVFZ7mBqnzjkXD/?lang=pt>

PLANAPP. (2024). *Relatório anual de monitorização das políticas públicas em Portugal*.

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2019). *Avaliação cognitiva no idoso*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 24–31.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Prazeres, F., Santiago, L. M., & Simões, J. A. (2025). *Chronic obstructive pulmonary disease in primary care: Challenges and management strategies*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 41(1), 12–20.

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. (2016). *Relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)*. *Jornal Oficial da União Europeia*.

Ribeiro, O. (Coord.). (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel.

Rochester, C. L., Alison, J. A., Carlin, B., Jenkins, A. R., Cox, N. S., Bauldoff, G., Bhatt, S. P., Bourbeau, J., Burtin, C., Camp, P. G., Cascino, T. M., Dorney Koppel, G. A., Garvey, C., Goldstein, R., Harris, D., Houchen-Wolloff, L., Limberg, T., Lindenauer, P. K., Moy, M. L., ... Holland, A. E. (2023). *Pulmonary rehabilitation for adults with chronic respiratory disease: An official American Thoracic Society clinical practice guideline*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 208(4), e7–e26. <https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2000). *The Roper-Logan-Tierney model of nursing*. Churchill

Livingstone.

Salvado, S., Grilo, E., Henriques, H., Ferraz, I., & Gaspar, F. (2025). *Pulmonary rehabilitation nursing interventions promoting self-care in elderly people with chronic obstructive pulmonary disease (at home)*. *Healthcare*, 13(17), 2176. <https://doi.org/10.3390/healthcare13172176>

□

Santana, P., Farinha, T., Freitas, Â., Rodrigues, T., & Carvalho, A. (2015). *Geografia da saúde da população portuguesa*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. Universidade de São Paulo, Medical School. Scielo. <https://www.scielo.br/ijrlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>

Santos, P., Pestana, S., Santana, M. R., & Ferreira, A. I. (2020). *Reabilitação no Envelhecimento*. Em M. C. Faria, J. P. Ramalho, A. C. Nunes, & A. I. Fernandes, *Visões sobre o Envelhecimento* (pp. 31-47). IPBeja Editorial.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª ed.). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2023). *Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE*. Obtido em 05 de 2025, de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-baixo-alentejo-epe/>

Serviço Nacional de Saúde SNS. (s.d.). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 04 de julho de 2024, de <https://www.ulsba.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/>

Silva, P. L., & Sarrico, C. S. (2023). *Mestrados em Portugal. Centro de Investigação de Políticas do Ensino Superior*.

Slatyer, S., Coventry, L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). *Professional practice models for nursing*. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 139–150.

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D.-C., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R.,

- Franssen, F. M. E., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., Gosselink, R., ... Wouters, E. F. M. (2013). *An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13–e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Spruit, M. A., Pitta, F., McAuley, E., ZuWallack, R. L., & Nici, L. (2023). *Pulmonary rehabilitation: Updated perspectives*. *European Respiratory Review*, 32(168), 220222. <https://doi.org/10.1183/16000617.0222-2022>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2023). *Roteiro de cuidados na DPOC*. Springer Healthcare Communications. https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2023/06/Roteiro_DPOC.pdf
- Soriano, J. B., Kendrick, P. J., Paulson, K. R., Gupta, V., Abrams, E. M., Adedoyin, R. A., Adhikari, T. B., Agrawal, A., Ahmadi, A., Alahdab, F., Alipour, V., Alvis-Guzman, N., Anber, N. H., Awasthi, A., Ayele, Y., Barboza, M. A., Bedi, N., Béjot, Y., Bensenor, I. M., Vos, T. (2020). *Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 585–596. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30105-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30105-3)
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2016). *Pessoa com Fraturas da Extremidade Superior do Fémur*. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Lusodidactsa.
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). *Revisão integrativa: o que é? Como fazer?* [Master's thesis, Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein]. Scielo. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/>
- Tinetti, M. E. (1986). *Mobility assessment*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(2), 119–126.
- Unidade Local de Saúde de Santa Maria. (2024a). *Missão, visão e valores*. <https://www.ulssm.min-saude.pt>

- Unidade Local de Saúde de Santa Maria. (2024b). *Estrutura e atividade assistencial*. <https://www.ulssm.min-saude.pt>
- United Nations. (2020). *World population ageing 2020*. <https://doi.org/10.18356/7206a2e7-en>
- Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, EPE. (s.d.). Obtido em 05 de 01 de 2025, de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-alentejo-central/~>
- Unidade de Cuidados na Comunidade de Portel. (2023). *Manual De Acolhimento Para Novos Colaboradores*.
- Uslu, A., & Canbolat, O. (2020). *Relationship between COPD symptoms and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3354–3363. <https://doi.org/10.1111/jocn.15346>
- Van der Molen, T., Willemse, B. W. M., Schokker, S., ten Hacken, N. H. T., Postma, D. S., & Juniper, E. F. (2003). *Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire (CCQ)*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-13>
- World Health Organization. (2022). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *OMS divulga diretrizes sobre dor lombar crônica*. Obtido em 19 de janeiro de 2025, de <https://www.who.int/news/item/07-12-2023-who-releases-guidelines-on-chronic-low-back-pain>
- World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications* (6th ed.). Sage. □

Zhang, M., Mao, X., Li, F., & Xianyu, Y. (2022). *The effects of nurse-led family pulmonary rehabilitation intervention on quality of life and exercise capacity in rural patients with COPD*. *Nursing Open*, 4(1), 5606-5615. DOI: 10.1002/nop2.1804

□

11. ANEXOS

ANEXO 1 – MODIFIED MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNEA SCALE (mMRC)

Escala de Dispneia mMRC
[Questionário destinado a avaliar a severidade da falta de ar]

Instruções: Indique com uma "cruz" (X) no quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

Grau 0	Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".	
Grau 1	Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".	
Grau 2	Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no meu passo normal. "Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".	
Grau 3	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. "Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".	
Grau 4	Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. "Estou sem fôlego para sair de casa".	

Referências:
DGS, Norma nº 028/2011 de 30/09/2011 atualizada a 10/09/2013.

ANEXO 2 – COPD ASSESSMENT TEST



O seu nome: _____

Data de hoje: _____

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Este questionário irá ajudá-lo a si e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no seu bem estar e no seu quotidiano. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por si e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar a gestão da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se **que selecciona** apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estou muito triste

			PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Estou sempre a tossir	☐
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	☐
Não sinto nenhum aperto no peito	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Sinto um grande aperto no peito	☐
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	☐
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	☐
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	☐
Durmo bem /profundamente	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Não durmo bem /profundamente devido à minha doença pulmonar	☐
Tenho muita energia	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Não tenho nenhuma energia	☐
PONTUAÇÃO TOTAL			

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.
© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

ANEXO 3 – ESCALA NUMÉRICA DA DOR



ANEXO 4 – ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL									
Comida:									
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.							
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo/a.							
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.							
Lavado (baño):									
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerse sin que una persona supervise.							
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.							
Vestido:									
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.							
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.							
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.							
Arreglo:									
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna; los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.							
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.							
Deposición:									
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.							
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para encolar enemas o supositorios.							
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal.							
Micción:									
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a (botella, sonda, orinal, ...).							
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.							
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.							
Ir al retrete:									
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.							
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarlo con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.							
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.							
Transferencia (traslado cama/sillón):									
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.							
	10	Minima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.							
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o ambulatoria.							
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.							
Deambulación:									
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.							
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.							
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.							
	0	Dependiente.							
Subir y bajar escaleras:									
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.							
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.							
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escaleras.							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="2">La incapacidad funcional se valora como:</td> <td>* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.</td> <td>* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.</td> <td rowspan="2">Puntuación Total:</td> </tr> <tr> <td>ASISTID/O/A</td> <td>VÁLID/O/A</td> </tr> </table>				La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuación Total:	ASISTID/O/A	VÁLID/O/A
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuación Total:						
	ASISTID/O/A	VÁLID/O/A							

ANEXO 5 – ÍNDICE DE TINETTI

Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti		
Nome: _____	Local: _____	Idade: _____ anos
Examinador: _____	Área: _____	Data: ____/____/____
EQUILÍBRIO		
O paciente deve estar sentado em cadeira firme e sem braços		
1. Equilíbrio sentado	Escorega Equilibrado	0 1
2. Levantando	Incapaz Usa os braços Sem os braços	0 1 2
3. Tentativas de levantar	Incapaz Mais de uma vez Única tentativa	0 1 2
4. Assim que levanta (3-5 s)	Desequilibrado Estável, mas usa suporte Estável sem suporte	0 1 2
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou base > 12 cm Sem suporte e base estreita	0 1 2
6. Teste dos 3 tempos (examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos)	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 1 2
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 1
8. Girando 360 graus	Passos descontinuos Passos contínuos Instável (desequilibrado) Estável (equilibrado)	0 1 0 1
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Usa os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 1 2
Escore do Equilíbrio: ____/16		
MARÇA		
Paciente de pé caminha pelo corredor ou pela sala com passo normal, depois volta a passos rápidos, mas com segurança (usando o suporte habitual, tal como bengala ou andador)		
10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 1
11. Comprimento de altura dos passos	a) Pé direito Não ultrapassa o pé esquerdo Ultrapassa o pé esquerdo Não sai completamente do chão Sai completamente do chão b) Pé esquerdo Não ultrapassa o pé direito Ultrapassa o pé direito Não sai completamente do chão Sai completamente do chão	0 1 0 1 1 0 1 0 1
12. Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 1
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontinuos Passos contínuos	0 1
14. Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 1 2
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso, ou abertura dos braços, enquanto anda Sem flexão, balanço, não usa os braços nem apoio	0 1 1
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 1
Escore da Marcha: ____/12		
Escore Total: ____/28		
Quanto menor o escore, maior o problema. Escore menor que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas.		

ANEXO 6 – CLINICAL COPD QUESTIONNAIRE

Número do doente: _____
 Data: _____

QUESTIONÁRIO CLÍNICO PARA A DOENÇA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (DPOC)							
Por favor, faça um círculo à volta do número da resposta que melhor descreve como se tem sentido nas últimas 24 horas. (Só uma resposta para cada questão).							
Em média, nas últimas 24 horas, com que frequência se sentiu:	nunca	quase nunca	algumas vezes	bastantes vezes	muitas vezes	muitíssimas vezes	quase sempre
1. com falta de ar quando não está a fazer nenhuma actividade física?	0	1	2	3	4	5	6
2. com falta de ar quando faz actividades que requerem esforço físico?	0	1	2	3	4	5	6
3. preocupado(a) em ficar constipado ou que a sua respiração piorasse?	0	1	2	3	4	5	6
4. triste (em baixo) devido aos seus problemas respiratórios?	0	1	2	3	4	5	6
Em geral, nas últimas 24 horas, com que frequência:							
5. tossiu?	0	1	2	3	4	5	6
6. teve expectoração?	0	1	2	3	4	5	6
Em média, nas últimas 24 horas, até que ponto se sentiu limitado(a) nestas actividades devido aos seus problemas respiratórios:	nada limitado(a)	muito ligeiramente limitado(a)	ligeiramente limitado(a)	moderadamente limitado(a)	muito limitado(a)	extremamente limitado(a)	totalmente limitado(a) ou incapaz de as fazer
7. actividades que requerem um esforço físico considerável (tais como subir escadas, apressar-se, fazer desporto)?	0	1	2	3	4	5	6
8. actividades físicas moderadas (tais como andar, fazer tarefas em casa, carregar coisas)?	0	1	2	3	4	5	6
9. actividades diárias em casa (tais como vestir-se, lavar-se)?	0	1	2	3	4	5	6
10. actividades sociais (tais como conversar, estar com crianças, visitar amigos/familiares)?	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 7 – MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) ()
- Dia do mês (1 ponto) ()
- Mês (1 ponto) ()
- Ano (1 ponto) ()
- Hora aproximada (1 ponto) ()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- Cidade (1 ponto) ()
- Estado (1 ponto) ()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivas, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) ()

(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) ()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts) ()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) ()
- Escrever uma frase (1 ponto) ()
- Copiar um desenho (1 ponto) ()

ESCORE: (____/30)



ANEXO 8– I JORNADAS DO NÚCLEO DE REABILITAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA



ANEXO 9– I JORNADAS DO NÚCLEO DE REABILITAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO



I JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que, vanessa Rodrigues Benedito
participou nas I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULSBA, que
decorreram em Beja dias 9 e 10 de Outubro de 2025, no auditório do Instituto Politécnico.

A Comissão Organizadora



ANEXO 10 – I JORNADAS INTERDISCIPLINARES DA MEDICINA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO



ANEXO 11 – FORMAÇÃO CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

O Serviço de Pneumologia certifica que

Vanessa Rodrigues Benedito

frequentou a ação de formação

Cuidados de Enfermagem ao doente sob Ventilação não Invasiva

Com a duração de 3 horas e decorreu no dia 30 de abril de 2025

Lisboa, 30 de abril de 2025


Raquel Boas
N.º Mec. 11009
Enfermeira Gestora

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Diretora: Prof.ª Doutora Cristina Bárbara
IMP074.02

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 020 – Fax: 217 581 838

www.chlin.pt



1/2

ANEXO 12 – FORMAÇÃO FÁRMACOS, DISPOSITIVOS, EQUIPAMENTOS: O PUZZLE DA TERAPÊUTICA INALATÓRIA



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

O Serviço de Pneumologia certifica que

Vanessa Rodrigues Benedito

frequentou a ação de formação

***Fármacos, dispositivos, equipamentos: o puzzle da
terapêutica inalatória***

Com a duração de 1 hora e decorreu no dia 5 de junho de
2025

Lisboa, 5 de junho de 2025

Raquel Boles

HP Mac 11300

Enfermeira Gestora

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Diretora: Prof^a. Doutora Cristina Bárbara

IMP074.02

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPW: Tel: 217 848 000 – Fax: 217 551 838

www.chla.pt



1 / 2

ANEXO 13 – SESSÃO COMEMORATIVA DO DIA DO CUIDADOR INFORMAL



ANEXO 14 – O INDUFLADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS



ANEXO 15 – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA DISFAGIA



ANEXO 16 – ARTIGO “INTERVENTIONS BY REHABILITATION NURSES SPECIALISTS
IN THE TRAINING OF INFORMAL CARERS OF OLDER PEOPLE AT HOME WITH
CHRONIC DISEASES: A SCOWPING REVIEW



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*

an Open Access Journal by MDPI



CERTIFICATE OF PUBLICATION



The certificate of publication for the article titled:

Interventions by Rehabilitation Nurse Specialists in the Training of Informal Carers of Older People at Home with Chronic Diseases: A Scoping Review

Authored by:

Ana Rita Bento; Ana Rita Duque; Nelson Gonçalves; Paulo Vaz; Susana Calção; Vanessa Benedito;
Rogério Ferreira; César Fonseca; Celso Silva

Published in:

Int. J. Environ. Res. Public Health **2025**, Volume 22, Issue 7, 971



Basel, June 2025

Prof. Dr. Paul B. Tchounwou
Editor-in-Chief

12. APÊNDICES

Apêndice 1 – PANFLETO “ORIENTAÇÃO DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS PARA DOENTES COM DPOC”

Página 1

TÉCNICA DA TOSSE

- É um procedimento eficaz com vista a produzir a limpeza das vias aéreas;



No posição de sentado

- Inspiração: Inspire profunda e lentamente pelo nariz.
- Expiração (O "Huff"): Abra a boca e force o ar para sair rapidamente utilizando os músculos abdominais, emitindo um som de "huff".
- Volume: Comece com um huff de baixo volume (pulmões menos cheios) para mover secreções periféricas, seguido de um huff de alto volume para expetorar.

Melhore a sua qualidade de vida prevenindo exacerbações dos sintomas



- Esclareça todas as dúvidas com a equipa da ECCI
- Sempre que vai a consulta faça-se acompanhar pelos dispositivos

ORIENTAÇÃO DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS PARA DOENTES COM DPOC



Elaborado por: Vanessa Benedito
Aluna da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
Orientado por: Carmem Horta
Enfermeira especialista em Reabilitação

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) o que é?

- É uma doença crónica, progressiva e irreversível que afeta os pulmões.
- Habitualmente origina dificuldade respiratória, insuficiência respiratória e numa fase mais avançada pode necessitar de aporte de oxigénio.

Os sintomas da DPOC incluem:

- Tosse;
- Expetoração;
- Falta de ar.

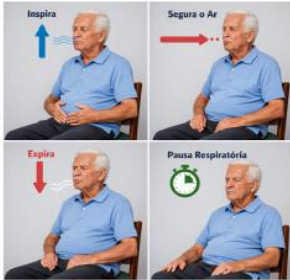
Condicionam:

- Dificuldade em realizar as tarefas do dia-a-dia;

Ocorrem com frequência episódios de agravamento agudo destes sintomas

Durante todos os exercícios, em todas as posições deve Inspirar como se "cheirasse uma flor" - lentamente pelo nariz com a boca fechada e Expirar como se "soprasse uma vela" lentamente pela boca com os lábios em posição de sopro.

Controlo e dissociação dos tempos respiratórios



Posicionar preferencialmente deitado com uma almofada colocada por baixo dos joelhos para favorecer o relaxamento e conforto, mas poderá ser sentado; Inicia com uma inspiração lenta e profunda pelo nariz, faz uma pausa e realiza uma expiração lenta e prolongada pela boca, com os lábios semicerrados;

Reeducação diafragmática



Realiza uma inspiração profunda e dirigida, por forma a visualizar uma elevação do abdómen; Expiração lenta com os lábios semicerrados.

Reeducação cistal global com bastão



Realiza a inspiração profunda enquanto eleva o bastão com os braços esticados e expiração prolongada com lábios semicerrados enquanto retorna a posição inicial dos braços. Pode ser realizado deitado ou sentado com as costas apoiadas.

Apêndice 2 –PANFLETO: “TÉCNICA INALATÓRIA COM CÂMARA EXPANSORA”

Higienização da câmara expansora

Todas as semanas:

- Deve desmontar todas as peças possíveis;
- Coloca-las debaixo de água corrente morna e lavar com um pouco de detergente líquido da loiça;
- Passá-las por água corrente limpa;
- Agitar para remover o excesso de água;
- Deixar secar desmontada e só depois de seca voltar a montar;



FAÇA ISTO PELA SUA SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO HUMANO

- Esclareça todas as dúvidas com a equipa da ECCL
- Sempre que vai a consulta faça-se acompanhar pelos dispositivos

TÉCNICA INALATÓRIA COM CÂMARA EXPANSORA



Elaborado por: Vanessa Benedito
Aluna da Especialidade de Enfermagem
de Reabilitação
Orientado por: Carmem Horta
Enfermeira especialista em Reabilitação

O que é uma câmara expansora?

Dispositivo que quando acoplado ao inalador pressurizado (pMDI) que facilita a inalação do medicamento, especialmente em crianças, idosos e pessoas com dificuldade de coordenação.



Vantagens de utilizar uma câmara expansora?

Melhor deposição pulmonar, menos efeitos secundários orais, maior eficácia do tratamento.

Passo a passo A técnica correta

1. Preparar o inalador



- Retirar inalador e aquece-lo fazendo-o rolar nas mãos;
- Voltar a colocá-lo no dispositivo e retirar a tampa;

2. Montar o dispositivo



- Encaixar o inalador (posição L) na extremidade da câmara expansora;

3. Posição correta



- Aproximar a máscara de forma a cobrir totalmente a boca e nariz;

4. Libertar a dose



- Inclinar a cabeça ligeiramente para trás e pressionar o inalador uma vez;

5. Respirar

- Inspire e expire calmamente 4 a 5 vezes;

6. Repetir se necessário

- Aguardar cerca de 30 segundos para nova libertação;
- Repetir os passos anteriores o número de PUFFS prescritos;

APÓS A INALAÇÃO

- Deve lavar a cavidade oral, bochechando com água sem engolir.

O QUE NÃO PODE ESQUECER

- Aquece o inalador antes de usar;
- Ajustar adequadamente a máscara à boca e nariz;
- Respirar normalmente após a ativação do pMDI;
- Não libertar várias doses seguidas na câmara;
- Higienizar a câmara expansora.

**A eficácia do tratamento
depende da correta
utilização do dispositivo**

Apêndice 3 – PANFLETO: ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS NA PESSOA COM DPOC – TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

Tratar da roupa

- Passar a ferro sentado num banco alto.
- Para estender a roupa colocar o cesto à altura da cintura.
- A corda ou o estender não deve estar muito acima dos ombros.



Transportar objetos

- Elevar os pesos dobrando os joelhos, mantendo costas direitas enquanto inspira, transportar o objeto junto ao corpo, enquanto expira.
- Para puxar ou empurrar inspirar lentamente e, em seguida, exercer a força necessária enquanto expira.
- Transportar o peso junto ao corpo, dividindo o peso pelas duas mãos.



QUANDO ESTIVER CANSADO, RESPIRE E RECUPERE ANTES DE CONTINUAR



ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA NA PESSOA COM DPOC



Fazer compras

- Organizar a lista de compras
- Colocar as mercearias no saco de acordo com a ordem que pretende arrumar quando chegar a casa
- Utilizar o carrinho de compras
- Quando se sentir cansado apoie-se no carrinho de compras.





UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO HUMANO

- Esclareça todas as dúvidas com a equipa da ECCI
- Sempre que vai a consulta faça-se acompanhar pelos dispositivos

Técnicas de conservação de energia

Elaborado por: Vanessa Benedito
Aluna da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
Orientado por: Carmem Horta
Enfermeira especialista em Reabilitação

Conselhos úteis para conservar energia

Andar

- Controlar a respiração e abrandar o ritmo.
- Inspirar e dar alguns passos enquanto expira lentamente.
- Quando subir escadas: inspirar e subir alguns degraus enquanto expira lentamente.



Tomar banho

- Preparar o material necessário antecipadamente.
- Tomar banho sentado com água tipo tépida, sabão líquido, tapete de banho antiderrapante.
- Utilizar, escova de cabo longo para costas e pés, roupão atalhado em vez de toalha e secarse sentado.



Arranjar-se

- Reunir material e colocá-lo no lavatório.
- Apoiar os cotovelos no lavatório.
- Utilizar uma escova de cabo comprido.
- Fazer a barba, escovar os dentes ou pentear-sentado, em frente ao espelho.

Vestir-se

- Dispor a roupa pela ordem que vai vestir.
- Vestir-se sentado e vestir primeiro a metade inferior do corpo, depois a metade superior, pôr-se de pé e ajustar a roupa.
- Calçar meias e sapatos, sentado com o pé em cima, da perna oposta (calçadeira de cabo comprido).
- O calçado deve ser antiderrapante, sem cordões ou com elásticos.

Atividades domésticas

Limpar a casa:

- Usar utensílios de cabo comprido.
- Fazer a cama de forma a só mudar para o outro lado uma única vez.
- Em vez de se curvar, dobrar os joelhos e manter a coluna direita.
- Antes de dormir colocar tudo o que precisa na mesinha de cabeceira.



Cozinhar

- Reunir todo o material antes de iniciar a tarefa.
- Fazer a preparação dos alimentos sentado.



Apêndice 4 – PANFLETO: “DIGA NÃO AS EXACERBAÇÕES: PREVINA COMPLICAÇÕES”

 **Sinais de Alerta da DPOC**

Agravamento dos sintomas respiratórios:

- Dificuldade respiratória;
- Cansaço;
- Aumento da expectoração;
- Febre

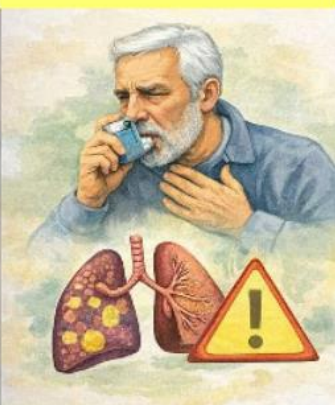
Em caso de agravamento de sintomas contactar a equipa de saúde ou dirigir-se a urgência.

Para esclarecimento de dúvidas contactar a ECCI

 **UCC PORTEL**

 **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

Diga NÃO às Exacerbações
Previna complicações



Elaborado Por:
Vanessa benedito
Aluna da Especialidade de Reabilitação
Orientado Por:
Carmen Horta
Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação

1 O que é a DPOC?

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), é uma doença respiratória que causa dificuldade em respirar.



2 Quais são as causas da DPOC?

- Exposição ocupacional a poeira e produtos químicos
- Predisposição genética
- Poluição de ar
- Tabaco



3 O que é uma exacerbação da DPOC?

Uma exacerbação da DPOC é um agravamento súbito dos sintomas habituais, como:

- Aumento da falta de ar;
- Tosse mais frequente ou intensa;

4 Como prevenir a exacerbação da DPOC

Cumprir com a medicação prescrita

Cumprir o plano vacinal

Reconhecer sinais de Alerta

Seguir o plano de ação traçado pela equipa de saúde

Realizar exercícios respiratórios





Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2023). Regulamento Interno Unidade de Cuidados na Comunidade de Portel. Regulamento Interno, 1-34.

Agustí, A., & Celli, B. R. (2022). Natural history of COPD: Gaps and opportunities. *ERJ Open Research*, 8(1), 00503–2021. <https://doi.org/10.1183/23120541.00503-2021>

Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central. (2025). Obtido em 2025, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/Pages/default.aspx>

Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação respiratória em idosos em contexto de cuidados agudos: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 67–76.

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. (AACVPR) (2022). Guidelines for pulmonary rehabilitation programs (6th ed.). Human Kinetics.

Asana. (2025, May 17). O que é um fluxograma? Aprenda os símbolos, tipos e como interpretá-los. Retrieved May 29, 2025, from <https://asana.com/pt/resources/what-is-a-flowchart>

Barbosa, M., de Melo, C. A., Torres, R., et al. (2024). Home-based pulmonary rehabilitation maintenance with or without a Pilates exercise program in patients with COPD. *Revista de Patología Respiratoria*, 28(1), 11–22. <https://doi.org/10.24875/RPR.24000039>

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2014). Enfermagem de reabilitação: Fundamentos e práticas. Lidel.

Coskun, S., Simsek, N., & Arslan, Y. (2025). Effects of home-based pulmonary rehabilitation on walking, anxiety and sleep in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 31(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/ijn.70085>

Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Ministério da Saúde. *Diário da República* n.º 38/2008, *Série I*, 1182-1189. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei nº102/2023. (2023). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República, I Série*(215), 4-20. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278~>

Decreto-Lei n.º 161/96. (04 de 09 de 1996). Ministério da Saúde. *Diário da República, Serie I*(205). Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>.

Deodato, S. (2016). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35–39). Lusodidacta.

Dias, P. M. M., Teixeira, H. M. S., Palma, M. C., Messias, P. A. L., Vieira, J. V. S., & Ferreira, R. M. F. (2022). Intervenções de reeducação funcional respiratória na pessoa com doença respiratória: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, e20210654. <https://doi.org/10.12707/RV210654>

Ditomassi, M., Jones, K., & Hofler, L. (2011). The relationship between nursing leadership and professional practice environments. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 706-715.

Direção-Geral da Saúde. (2022). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano nacional de saúde 2021–2030: Saúde sustentável de todos para todos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Portugal: Saúde em números 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral do Ensino Superior. (2011). Relatório de referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações.

Dwyer, T. J., Alison, J. A., McKeough, Z. J., Elkins, M. R., & Bye, P. T. P. (2017). Effects of exercise training on dyspnea and exercise capacity in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 123, 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.12.003>

□

Effing, T. W., Vercoulen, J., Bourbeau, J., Trappenburg, J., Lenferink, A., Cafarella, P., & Spruit, M. A. (2021). Definition of a COPD self-management intervention: International expert group consensus. *European Respiratory Journal*, 58(6), 2101200. <https://doi.org/10.1183/13993003.01200-2021>

European Respiratory Society. (2023). European Respiratory Society guidelines for pulmonary rehabilitation in chronic respiratory diseases. *European Respiratory Journal*.

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). F. A. Davis company.

Ferreira, R., Sousa, L., Nobre, C., Nunes, A. C., Fonseca, C., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2022). The development of research skills in nursing postgraduate training. *Education Sciences*, 12(2), 78. <https://doi.org/10.3390/educsci12020078>

Ferreira, R., Pedrosa, A.R., Reis, N., Sousa, L., Nicolau, C., Ferreira, B., Rocha, B., & Baixinho, C.L. (2024). Transitional care for older persons with need of geriatric rehabilitation nursing interventions. *BMC Nurs* 23, 376. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02050-4>

Fonseca, A. M. (2014). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para os sistemas de saúde*. Lidel.

Fontinele, S. L., & Duque, E. (2021). A relação entre a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e o perfil sociodemográfico em pessoas idosas. Em M. B. Vasquez, *Filosofía y ciencias sociales en tiempos de desconcierto* (pp. 2445-2466). Dykinson S.L. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/72384>

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5.^a ed.). Lusociência.

Fundação Portuguesa do Pulmão. (2020). *Doenças respiratórias em números*.

Galvão, C., & Sawada, N. (2003). *Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação em enfermagem* [Master's thesis, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto]. Scielo. <https://www.scielo.br/j/reben/a/rtV56ThJyGnxWTY4xTPZB3v/>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2025). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. <https://goldcopd.org>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

Hoeman, S. P. (2014). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.).

Hu, W., Li, T., Cao, S., Gu, Y., & Chen, L. (2022). Influence of nurse-led health education on self-management ability, satisfaction, and compliance of elderly patients with COPD. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. <https://doi.org/10.1155/2022/1782955>

IFIS. (2024, November 25). Guia de Boas Práticas para uma Pesquisa Bibliográfica. Retrieved May 22, 2025, from https://ifis.libguides.com/portuguese-best-practice/estrategia_de_pesquisa

Inácio, M. (2023). *A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada: Que Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/51743>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estatísticas da Saúde - 2025*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439489924&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2

International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. ICN.
Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. Diário da República.

Joanna Briggs Institute, The University of Adelaide. (2013). *JB I EBP Database Guide*. Obtido de Joanna briggs institute: <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>

Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W.-H., & Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*, 34(3), 648–654.

Keleekai-Brapoh, M., & Torresco, R. (2020). Advanced nursing practice and chronic disease management: Implications for patient empowerment and health outcomes.

Lamberton, C. E., & Mosher, C. L. (2024). Review of the evidence for pulmonary rehabilitation in COPD: Clinical benefits and cost-effectiveness. *Respiratory Care*, 69(6), 686–696.

<https://doi.org/10.4187/respcare.11541>

Liao, L., Chen, H., Chen, F., & Yanga, S. (2025, October). Pulmonary Rehabilitation Exercise Package for Enhancing Health in Elderly COPD Patients With Frailty: An Experimental Study. *The journal of Nursing Research*, 33(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000698>

Liou, H., Lai, Z., Huang, Y., Chu, W., Tsai, Y., Chen, M., & Tsai, P. (2023). The effectiveness of an unsupervised home-based pulmonary rehabilitation. *International Journal of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijn.13185>

Liu, X., Zhang, Y., Wang, Y., Zhang, H., & Zhao, X. (2022). Effects of pulmonary rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17, 1321–1334. <https://doi.org/10.2147/COPD.S361234>□

Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos Enfermeiros.

□

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.

Maltais, F., Decramer, M., Casaburi, R., et al. (2021). Update on limb muscle dysfunction in COPD. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 204(3), e15–e62.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202101-0050ST>

Marques, A., Jácome, C., Cruz, J., Gabriel, R., & Figueiredo, D. (2020). Home-based pulmonary rehabilitation for people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15, 2563–2576. <https://doi.org/10.2147/COPD.S266665>

□

Mattos, P. (2015). Tipos de revisão da literatura Faculdade de ciencias agronómicas UNESP campus de botucatu. UNESP. <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>

McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2021). Pulmonary rehabilitation for COPD. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003793. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub4>

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher., k. (2018). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem [Master's thesis, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto]. Scielo. <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>

Moura, C., Lista, A., João, A. L., António, M. A., & Bia, F. (2024). Enfermagem de reabilitação na autogestão da pessoa idosa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2). <https://revistas.rcaap.pt/rper/article/view/36446>

Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. Em O. Ribeiro, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (1 ed., pp. 654-670). Lidel.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). Health at a glance 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development, & European Commission.

(2024). Health at a glance: Europe 2024.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 350/2015. *Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, Série II(119)*, 16655 - 16660. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória* (Vol. 10). Obtido de https://www.researchgate.net/publication/323153858_Guida_Orientador_de_boas_pratica_Reabilitacao_respiratoria/link/5c77c77b458515831f75e509/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7I

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, (26).

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série, (85).

Ozalp, O., Inal-Ince, D., Calik-Kutukcu, E., Vardar-Yagli, N., Saglam, M., Savci, S., & Arikan, H. (2018). Extrapulmonary features of chronic obstructive pulmonary disease: Muscle strength, exercise capacity, fatigue, and quality of life. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40248-018-0126-6>

Paoli, A., Iaccarino, G., Lucidi, F., Pagnini, F., Boccuzzo, G., & Illario, M. (2025). Multidimensional determinants of active and healthy aging trajectories: A position paper from the Age-It Research Program. *The Journals of Gerontology: Series B*, 80(Supplement_2), S145–S157. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf196>

□

Pacheco, S., Alves, T., & Alves, T. R. (2024). Revisão de literatura: Impacto das intervenções de enfermagem na taxa de reinternamento da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), e360. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/360>

□

Patino, C., & Ferreira, J. (2018). Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e por que eles importam [Dissertação de mestrado, Keck School of

Medicine, University of Southern California]. Cielo.
<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/LV6rLNpPZsVFZ7mBqgzjkXD/?lang=pt>

PLANAPP. (2024). Relatório anual de monitorização das políticas públicas em Portugal.
Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2019). Avaliação cognitiva no idoso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 24–31.

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2019). Avaliação cognitiva no idoso: Instrumentos e aplicações. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 24–31.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research* (11th ed.). Wolters Kluwer.
Prazeres, F., Santiago, L. M., & Simões, J. A. (2025). COPD in primary care. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 41(1), 12–20.

Prazeres, F., Santiago, L. M., & Simões, J. A. (2025). Chronic obstructive pulmonary disease in primary care: Challenges and management strategies. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 41(1), 12–20.

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. (2016). Relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). *Jornal Oficial da União Europeia*.

Ribeiro, O. (Coord.). (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel.
Rochester, C. L., et al. (2023). Enhancing pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 208(2), e7–e26.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202303-0566ST>

Rochester, C. L., Alison, J. A., Carlin, B., Jenkins, A. R., Cox, N. S., Bauldoff, G., Bhatt, S. P., Bourbeau, J., Burtin, C., Camp, P. G., Cascino, T. M., Dorney Koppel, G. A., Garvey, C., Goldstein, R., Harris, D., Houchen-Wolloff, L., Limberg, T., Lindenauer, P. K., Moy, M. L., ... Holland, A. E. (2023). Pulmonary rehabilitation for adults with chronic respiratory disease: An official American Thoracic Society clinical practice guideline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 208(4), e7–e26.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>

□

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2000). The Roper-Logan-Tierney model of nursing. Churchill Livingstone.

Salvado, S., Grilo, E., Henriques, H., Ferraz, I., & Gaspar, F. (2025). Pulmonary rehabilitation nursing interventions promoting self-care in elderly people with chronic obstructive pulmonary disease (at home). *Healthcare*, 13(17), 2176. <https://doi.org/10.3390/healthcare13172176>

□

Santana, P., Farinha, T., Freitas, Â., Rodrigues, T., & Carvalho, A. (2015). Geografia da saúde da população portuguesa. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Universidade de São Paulo, Medical School. Scielo. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>

Santos, P., Pestana, S., Santana, M. R., & Ferreira, A. I. (2020). Reabilitação no Envelhecimento. Em M. C. Faria, J. P. Ramalho, A. C. Nunes, & A. I. Fernandes, *Visões sobre o Envelhecimento* (pp. 31-47). IPBeja Editorial.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª ed.). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2023). *Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE*. Obtido em 05 de 2025, de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-baixo-alentejo-epe/>

SNS. (s.d.). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 04 de julho de 2024, de <https://www.ulsba.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/>

Silva, P. L., & Sarrico, C. S. (2023). Mestrados em Portugal. Centro de Investigação de Políticas do Ensino Superior.

Slatyer, S., Coventry, L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 139–150.

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K.,

Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D.-C., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M. E., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., Gosselink, R., ... Wouters, E. F. M. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13–e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>

Spruit, M. A., Pitta, F., McAuley, E., ZuWallack, R. L., & Nici, L. (2023). Pulmonary rehabilitation: Updated perspectives. *European Respiratory Review*, 32(168), 220222. <https://doi.org/10.1183/16000617.0222-2022>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2023). *Roteiro de cuidados na DPOC*. Springer Healthcare Communications. https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2023/06/Roteiro_DPOC.pdf

Soriano, J. B., Kendrick, P. J., Paulson, K. R., Gupta, V., Abrams, E. M., Adedoyin, R. A., Adhikari, T. B., Agrawal, A., Ahmadi, A., Alahdab, F., Alipour, V., Alvis-Guzman, N., Anber, N. H., Awasthi, A., Ayele, Y., Barboza, M. A., Bedi, N., Béjot, Y., Bensenor, I. M., Vos, T. (2020). Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 585–596. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30105-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30105-3)

Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com Fraturas da Extremidade Superior do Fémur. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Lusodidactsa.

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é? Como fazer? [Master's thesis, Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein]. Scielo. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/>

Tinetti, M. E. (1986). Mobility assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(2), 119–126.

Unidade Local de Saúde de Santa Maria. (2024a). Missão, visão e valores. <https://www.ulssm.min-saude.pt>

Unidade Local de Saúde de Santa Maria. (2024b). Estrutura e atividade assistencial. <https://www.ulssm.min-saude.pt>

United Nations. (2020). World population ageing 2020. <https://doi.org/10.18356/7206a2e7-en>

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, EPE. (s.d.). Obtido em 05 de 01 de 2025, de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-alentejo-central/~>

Unidade de Cuidados na Comunidade de Portel. (2023). Manual De Acolhimento Para Novos Colaboradores.

Uslu, A., & Canbolat, O. (2020). Relationship between COPD symptoms and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3354–3363. <https://doi.org/10.1111/jocn.15346>

Van der Molen, T., Willemse, B. W. M., Schokker, S., ten Hacken, N. H. T., Postma, D. S., & Juniper, E. F. (2003). *Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire (CCQ)*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-13>

World Health Organization. (2022). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *OMS divulga diretrizes sobre dor lombar crônica*. Obtido em 19 de janeiro de 2025, de <https://www.who.int/news/item/07-12-2023-who-releases-guidelines-on-chronic-low-back-pain>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications* (6th ed.). Sage. □

Zhang, M., Mao, X., Li, F., & Xianyu, Y. (2025). The effects of nurse-led family pulmonary rehabilitation intervention on quality of life and exercise capacity in rural patients with COPD. *Nursing Open*, 4(1), 5606-5615. DOI: 10.1002/nop2.1804